Sénat Senate

CANADA

CANNABIS:

OUR POSITION FOR A CANADIAN PUBLIC POLICY

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

SUMMARY REPORT

CHAIR

PIERRE CLAUDE NOLIN

DEPUTY CHAIR

COLIN KENNY

SEPTEMBER 2002

103-06075/

COMMITTEE MEMBERS

SENATORS

Senator Tommy BANKS
Senator Sharon CARSTAIRS, P.C. (ex officio)
Senator Colin KENNY, Deputy Chair
Senator Noel A. KINSELLA (ex officio)
Senator John LYNCH-STAUNTON (ex officio)
Senator Shirley MAHEU
Senator Pierre Claude NOLIN, Chair
Senator Fernand ROBICHAUD, P.C. (ex officio)
Senator Eileen ROSSITER

STAFF

Clerk:	Blair Armitage
Assistant Clerk:	Daniel Charbonneau
Assistant Clerk:	Adam Thompson
Director of Research:	Daniel Sansfaçon
Research assistants :	Gérald Lafrenière
	Chantal Collin
	François Dubois
	Barbara Wheelock
Communication Advisors :	Jean-Guy Desgagné
	David Newman
	Diane Boucher
Administrative Assistants:	Nicole Bouchard
	Martine DeLaunière
	Brigitte Martineau
	Krista Durrell

GLOSSARY OF KEY TERMS

Abuse
Vague term with a variety of meanings depending on the social, medical and legal contexts. Some equate any use of illicit drugs to abuse: for example, the international conventions consider that any use of drugs other than for medical or scientific purposes is abuse. The Diagnosis and Statistical Manual of the American Psychiatric Association defines abuse as a maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress as defined by one or more of four criteria (see Chapter 7). In the Report, we prefer the term excessive use (or harmful use).

Acute effects
Refers to effects resulting from the administration of any drug and specifically to its short term effects. These effects are distinguished between central (cerebral functions) and peripheral (nervous system). Effects are dose-related.

Addiction
General term referring to the concepts of tolerance and dependency. According to WHO addiction is the repeated use of a psychoactive substance to the extent that the user is periodically or chronically intoxicated, shows a compulsion to take the preferred substance, has great difficulty in voluntarily ceasing or modifying substance use, and exhibits determination to obtain the substance by almost any means. Some authors prefer the term addiction to dependence, because the former also refers to the evolutive process preceding dependence.

Agonist
A substance that acts on receptor sites to produce certain responses.

Anandamide
Agonist neurotransmitter of the endogenous cannabinoid system. Although not yet fully understood in research, these neurotransmitters seem to act as modulators as THC increases, the liberation of dopamine in nucleus accumbens and in the cerebral cortex.

At-risk use
Use behaviour which makes users at risk of developing dependence to the substance.

Cannabinoids
Endogenous receptors of the active cannabis molecules, particularly Delta 9-THC. Two endogenous receptors have been identified: CB1 densely concentrated in the hippacampus, basal ganglia, cerebellum and cerebral cortex, and CB2, particularly abundant in the immune system. The central effects of cannabis appear to be related only to CB1.

Cannabis
Three varieties of the cannabis plant exist: *cannabis sativa*, *cannabis indica*, and *cannabis ruredalis*. *Cannabis sativa* is the most commonly found, growing in almost any soil condition. The cannabis plant has been known in China for about 6000 years. The flowering tops and leaves are used to produce the smoked cannabis. Common terms used to refer to cannabis are pot, marijuana, dope, ganja, hemp. Hashish is produced from the extracted resin. Classified as a psychotropic drug, cannabis is a modulator of the central nervous system. It contains over 460 known chemicals, of which 60 are cannabinoids. Delta-9-tétrahydrocannabinol, referred to as THC, is

the principal active ingredient of cannabis. Other components such delta-8-tétrahydrocannabinol, cannabinol and cannabidiol are present in smaller quantities and have no significant impacts on behaviour or perception. However, they may modulate the overall effects of the substance.

Commission on narcotic drugs (CND)
The Commission on Narcotic Drugs (CND) was established in 1946 by the Economic and Social Council of the United Nations. It is the central policy-making body within the UN system for dealing with all drug-related matters. The Commission analyses the world drug abuse situation and develops proposals to strengthen international drug control.

Chronic effects
Refers to effects which are delayed or develop after repeated use. In the report we prefer to use the term consequences of repeated use rather than chronic effects.

Decriminalization
Removal of a behaviour or activity from the scope of the criminal justice system. A distinction is usually made between *de jure* decriminalization, which entails an amendment to criminal legislation, and *de facto* decriminalization, which involves an administrative decision not to prosecute acts that nonetheless remain against the law. Decriminalization concerns only criminal legislation, and does not mean that the legal system has no further jurisdiction of any kind in this regard. Other, non-criminal, laws may regulate the behaviour or activity that has been decriminalized (civil or regulatory offences, etc.).

Diversion
The use of measures other than prosecution or a criminal conviction for an act that nonetheless remains against the law. Diversion can take place before a charge is formally laid, for example if the accused person agrees to undergo treatment. It can also occur at the time of sentencing, when community service or treatment may be imposed rather than incarceration.

Depenalization
Modification of the sentences provided in criminal legislation for a particular behaviour In the case of cannabis, it generally refers to the removal of custodial sentences.

Dependence
State where the user continues its use of the substance despite significant health, psychological, relational, familial or social problems. Dependence is a complex phenomenon which may have genetic components. Psychological dependence refers to the psychological symptoms associated with craving and physical dependence to tolerance and the adaptation of the organism to chronic use. The American Psychiatric Association has proposed seven criteria (see Chapter 7).

Dopamine
Neuromediator involved in the mechanisms of pleasure.

Drug
Any chemical agent that alters the biochemical or physiological processes of tissues or organisms. In this sense, the term drug refers better to any substance which is principally used for its psychoactive effects. Also used to refer to illicit rather than licit (such as nicotine, alcohol or medicines) substances.

European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
The European Monitoring Centre was created in 1993 to provide member states within the EU objective, reliable and comparable information on drugs, drug addictions and their consequences. Statistical information, documents and techniques developed in the EMCDDA are designed to give a broad perspective on drug issues in Europe. The Centre only deals with information. It relies on national focal points in each of the Member States.

Fat soluble
Characteristic of a substance to irrigate the tissues quickly. THC is highly fat-soluble.

Gateway / Gateway Theory
Theory suggesting a sequential pattern in involvement in drug use from nicotine to alcohol, to cannabis and then to "hard" drugs. In regard to cannabis, the theory rests on a statistical association between the use of hard drugs and the fact that these users have generally used cannabis as their first illicit drug. This theory has not been validated by empirical research and is considered outdated.

Half-life
Time needed for the concentration of a particular drug in blood to decline to half its maximum level. The half-life of THC is 4.3 days on average but is faster in regular users than in occasional users. Because it is highly fat soluble, THC is stored in fatty tissues, thus increasing its half-life to as much as 7 to 12 days. Prolonged use of cannabis increases the period of time needed to eliminate it from the system. Even one week after use, THC metabolites may remain in the system. They are gradually metabolised in the urine (one third) and in feces (two thirds). Traces of inactive THC metabolites can be detected as long as 30 days after use.

Hashish
Resinous extract from the flowering tops of the cannabis plant transformed into a paste.

International conventions
Various international conventions have been adopted by the international community since 1912, first under the League of Nations, then under the United Nations, to regulate the possession, use, production, distribution, sale, etc., of various psychotropic substances. Currently, the three main conventions in force are the 1961 Single Convention, the 1971 Convention on Psychotropic Substance and the 1988 Convention against Illicit Traffic. Canada is a signatory to all three conventions. Subject to countries' national constitutions, these conventions establish a system of regulation where only medical and scientific uses are permitted. This system is based on the prohibition of source plants (coca, opium and cannabis) and the regulation of synthetic chemicals produced by pharmaceutical companies.

International Narcotics Control Board (INCB)
The Board is an independent, quasi-judicial organization responsible for monitoring the implementation of the UN conventions on drugs. It was created in 1968 as a follow up to the 1961 Single Convention, but had predecessors as early as the 1930s. The Board makes recommendations to the UN Commission on Narcotics with respect to additions or deletions in the appendices of the conventions.

Intoxication
Disturbance of the physiological and psychological systems through substance use. Pharmacology generally distinguishes four levels of intoxication: light, moderate, serious and fatal.

Joint
Cigarette of marijuana or hashish with or without tobacco. Because joints are never identical, scientific analyses of the effects of THC in their use are more difficult, especially to determine the therapeutic benefits of cannabis and to examine its effects on driving.

League of Nations
International organisation organization of Sstates until in existence until 1938; now the United Nations.

Legalization
Legislating under a regulatory system the culture, production, marketing, sale and use of substances. Although no such provision currently exist in relation to "street-drugs" (as opposed to alcohol or tobacco which are regulated products), a legalization system could take two forms: free of state control (free markets) and with state controls (regulatory regime).

Marijuana
Mexican term originally referring to a cigarette of poor quality. Has now become a synonym for cannabis in popular language usage.

Narcotic
Substance which can induce stupor or artificial sleep. Usually restricted to opiates. Sometimes used incorrectly to refer to all drugs capable of inducing dependence.

Office of National Drug Control Policy (ONDCP) USA
Created in 1984 under the Reagan administration, the Office is under the direct authority of the White House. It coordinates US policy on drugs. Its budget is currently US $18 billion.

Opiate
Substance derived from the opium poppy. The term opiate excludes synthetic opioids such as heroin and methadone.

Prohibition
Historically, the term most often refers to the period of national interdiction of alcohol sales in the United States between 1919 and 1933. By analogy, the term is now used to describe UN and State policies aiming for a drug-free society. Prohibition is based on the interdiction to cultivate, produce, fabricate, sell, possess, use, etc., some substances except for medical and scientific purposes.

Psychoactive substance
Substance which alters mental processes such as thinking or emotions. We prefer to use this term as it is more neutral than the term "drug" and does not refer to the legal status of the substance.

Psychotropic substance (see also psychoactive)
Used synonymously with psychoactive substance, however the term refers to drugs primarily used in the treatment of mental disorders, such as anxiolytics, sedatives, neuroleptics, etc. More specifically,the term refers to the substances covered in the 1971 Convention on Psychotropic Substances.

Regulation
System of control specifying the conditions under which the cultivation, production, marketing, prescription, sales, possession or use of a substance are allowed. Regulatory approaches may rest on interdiction (as for illegal drugs) or controlled access (as for medical drugs or alcohol). Our proposal of an exemption regime under the current legislation is a regulatory regime.

Tetrahydrocannabinol (Δ9-THC)
Main active component of cannabis, Δ9-THC is highly fat-soluble and has a lengthy half-life. Its psychoactive effects are modulated by other active components in cannabis. In its natural state, cannabis contains between 0.5% to 5% THC. Sophisticated cultivation methods and plant selection, especially female plants, lead to higher levels of THC concentration.

Tolerance
Reduced response of an organism and increased capacity to support the effects of a substance after a more or less lengthy period of use. Tolerance levels are extremely variable between substances, and tolerance to cannabis is believed to be lower than for most other drugs,including tobacco and alcohol.

Toxicity
Characteristic of a substance which induces intoxication, i.e., "poisoning". Many substances, including some common foods, have some level of toxicity. Cannabis presents almost no toxicity and cannot lead to an overdose.

United Nations Drug Control Program (UNDCP)
Established in 1991, the Program works to educate the world about the dangers of drug abuse. The Program aims to strengthen international action against drug production, trafficking and drug-related crime through alternative development projects, crop monitoring and anti-money laundering programs. UNDCP also provides accurate statistics through the Global Assessment Programme (GAP) and helps to draft legislation and train judicial officials as part of its Legal Assistance Programme. UNDCP is part of the UN Office for Drug Control and the Prevention of Crime.

World Health Organization (WHO) The World Health Organization, the United Nations' specialized agency for health, was established on April 7, 1948. WHO's objective, as set out in its Constitution, is the attainment by all peoples of the highest possible level of health. Health is defined in WHO's Constitution as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

INTRODUCTION

The **Senate Special Committee on Illegal Drugs** addressed the question of drugs just as everyone else does, with the same preconceptions, attitudes, fears and anxieties we all share. Of course, we had at our disposal the 1996 study our colleagues conducted on government legislation dealing with illegal drugs, which had enabled them to hear a number of witnesses over several months. We also knew at the outset that research expertise would be available to us, but it is still difficult to overcome attitudes and opinions that we have long taken for granted. Whether one is in favour of enhanced enforcement or, on the contrary, greater liberalization, opinions often resist the facts and in a field such as this the production of facts, even through scientific research, is not necessarily a neutral undertaking. We, like you, have our prejudices and preconceptions. Together we must make the effort to go beyond such predispositions. That is one of the objectives of this report.

The public policy regime we propose expresses the fundamental premise underlying our report: ***in a free and democratic society, which recognizes fundamentally but not exclusively the rule of law as the source of normative rules and in which government must promote autonomy as far as possible and therefore make only sparing use of the instruments of constraint, public policy on psychoactive substances must be structured around guiding principles respecting the life, health, security and rights and freedoms of individuals, who, naturally and legitimately, seek their own well-being and development and can recognize the presence, difference and equality of others.***

We are aware, as much now as we were at the start of our work, that there is no pre-established consensus in Canadian society on public policy choices in the area of drugs. In fact, our research has shown us that there are few societies where there is a broadly shared consensus among the general public, let alone between the public and experts. We are well aware, perhaps more so than at the outset, that the question of illegal drugs, viewed from the standpoint of public policy, has a broad international context and that we cannot think or act in isolation. We know our proposals are provocative, that they will meet with resistance. However, we are also convinced that Canadian society has the maturity and openness to welcome an informed debate.

PART I – GENERAL ORIENTATION

CHAPTER 1 – OUR MANDATE

"That a special committee of the Senate be struck to examine:

- *the approach taken by Canada to cannabis, its preparations, derivatives and similar synthetic preparations, in context;*
- *the effectiveness of this approach, the means used to implement it and the monitoring of its application;*
- *the related official policies adopted by other countries;*
- *Canada's international role and obligations under United Nations agreements and conventions on narcotics, in connection with cannabis, the Universal Declaration of Human Rights and other related treaties; and*
- *the social and health impacts of cannabis and the possible consequences of different policies;*

That the special committee consist of five senators, three of whom shall constitute a quorum;
That the Honourable Senators Banks, Kenny, Nolin, Rossiter and (a fifth Senator to be named by the Chief Government Whip) be named to the committee;
That the committee be authorized to send for persons, papers and records, to hear witnesses, to report from time to time, and to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by it;
That the briefs and evidence heard during consideration of Bill C-8, An Act respecting the control of certain drugs, their precursors and other substances and to amend certain other Acts and repeal the Narcotic Control Act in consequence thereof, by the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs during the 2nd Session of the 35th Parliament be referred to the committee;
That the documents and evidence compiled on this matter and the work accomplished by the Special Senate Committee on Illegal Drugs during the 2nd Session of the 36th Parliament be referred to the committee;
That the committee be empowered to authorize, if deemed appropriate, the broadcasting on radio and/or television and the coverage via electronic media of all or part of its proceedings and the information it holds;
That the committee present its final report no later than August 31, 2002; and that the committee retain the powers necessary to publicize its findings for distribution of the study contained in its final report for 30 days after the tabling of that report;
That the committee be authorized, notwithstanding customary practice, to table its report to the Clerk of the Senate if the Senate is not sitting, and that a report so tabled be deemed to have been tabled in the Senate."

The Committee's mandate is a continuation of the evolution of drug legislation passed by the Parliament of Canada in 1996, the *Controlled Drugs and Substances Act.* While this legislation was being studied by the Sub-Committee on Bill C-7 of the Standing Committee on Health of the House of Commons in 1994 and 1995, the vast majority of witnesses were highly critical of the bill. The most common criticisms concerned three points: first, the lack of basic principles or an expressed statement as to the purpose of the act; second, the fact that the bill perpetuated the prohibition system of the 1920s, and third, the absence of any emphasis on harm reduction and prevention criteria. Despite the amendments made by the Sub-Committee of the House, the testimony heard by the Senate Committee was equally critical. Witnesses noted that the Act did not categorize drugs on the basis of the dangers they represented, that it did not contain any specific, rational criteria and that it was impossible, particularly in view of the Act's complexity, to determine how it would be implemented in practice. All of these criticisms led that Senate Committee to "*propose energetically*" the creation of a Joint Committee of the House of Commons and the Senate that would review all Canadian drug legislation, policies and programs. However, the 1997 federal election intervened. Senator Nolin, convinced of the need for action and faced with the inaction of the House of Commons, tabled his first motion in 1999 - that a Senate Committee be struck and given a mandate to examine the legislation, policies and programs on illegal drugs in Canada. The motion was adopted by the Senate in April 2000.

However, that Committee was dissolved by general election of October 2000, and was restruck on March 15, 2001, with an amended mandate: the scope of its work was now restricted to cannabis "in its context". We chose to interpret this sentence broadly.

CHAPTER 2 – OUR WORK

At the Committee's public hearings, the Chair presented the research program as follows:

> *"In order to fully satisfy the mandate conferred upon the committee, the committee has adopted an action plan. This plan centres around three challenges. The first challenge is that of knowledge. We will be hearing from a wide variety of experts, both from Canada and afar, from academic settings, the police, legal specialists, medical specialists, the government sector and social workers. (…)*
> *The second challenge, surely the most noble challenge, is that of sharing knowledge. The committee hopes that Canadians from coast to coast will be able to learn and share the information that we will have collected. In order to meet this challenge, we will work to distribute this knowledge and make it accessible to all. We would also like to hear the opinions of Canadians on this topic and in order to do so, we will be holding public hearings in the spring of 2000 throughout Canada.*
> *And finally, the third challenge for this committee will be to examine and identify the guiding principles on which Canada's public policy on drugs should be based."*

In view of our mandate, including an obligation to provide Canadians with objective and rigorous information, we have emphasized rigour and openness throughout the entire process, an approach that was all the more important as opinions on all sides of the illegal drugs issue are strong and often categorical. But rigour is not enough. For the information to reach Canadians, we could not reserve it for our exclusive use, hence the second principle that guided us: openness. From the outset, we insisted that all our work be made available as soon as possible on our Web site and we entered into direct dialogue with our fellow citizens as well as with experts.

The Committee approved a research program divided into five major axes of knowledge, sub-dividing each one into specific issues:

- the socio-historical, geopolitical, anthropological, criminological and economic issues of the use and regulation of cannabis;
- the medical and pharmacological aspects of the consumption, use and regulation of cannabis;
- the legal aspects from a national perspective;
- the legal and political issues in an international perspective; and
- the ethical issues and Canadians' moral and behavioural standards.

In an attempt to answer these questions in the most effective and economical manner possible, the Committee agreed to perform two tasks concurrently: conduct a research program and hear expert witnesses–complementary activities. We asked the Parliamentary Research Branch and other researchers to produce syntheses and analyses of the relevant literature. In all, the Committee received 23 reports and benefited from summaries of work conducted in other countries, including attendance at international conferences. In all, the Committee held more than 40 days of public hearings in Ottawa and 10 other Canadian communities, hearing more than 100 witnesses from all backgrounds, from across Canada and abroad.

The second component of our program of work was to examine public opinion. That meant we had two closely related responsibilities. The first was a duty to inform, indeed, to educate. We hope those who are offended by that term will pardon our presumption, but we are convinced that on public policy topics that are societal issues, it is the duty of political leaders to transmit information that educates, not merely convinces. The level of knowledge about drugs, even about cannabis, perhaps the best known drug, is often limited and clouded by myth. Our second responsibility in taking public opinion into account was to go out and discover it. We did so in three ways. We publicized our work as widely and as openly as possible to enable everyone to learn about it and react to it. Many chose to write us, although they were relatively few compared with the number of people in this country. We commissioned a qualitative public opinion study. The focus groups conducted across the country as part of that study are described in detail in Chapter 10. We also held public hearings in eight

communities across the country, enabling citizens to come and tell us what they thought, what they knew and what they had experienced.

In order to be able to interpret all this knowledge and come to conclusions and recommendations, the third component of our work focussed on guiding principles.

CHAPTER 3 – GUIDING PRINCIPLES

It has now been thirty years since the Royal Commission of Inquiry on the Non-Medical Use of Drugs, the Le Dain Commission, studied issues similar to those we are studying today. Its report on cannabis, whose scientific conclusions on the effects of the drug were generally accepted by all members of the Commission, led to three reports: a majority report by three of the members, and two minority reports. Each expressed a different concept of the role of the State and of criminal law, and the roles of science and ethics in the choices that had to be made. Having examined each of these subjects, we have elected to set down the guiding principles that clarify the concept we have of the roles that the state, criminal law, science and ethics must play in the development of a public policy on cannabis.

Ethical considerations take us through what is, that is the realm of facts, to the realm of what should be, what would be desirable, moving from recognized facts to standards, then more importantly to values and finally to the means of passing on and above all implementing these values. This is why ethics was our first subject. As a guideline, we have adopted the principle that an ethical public policy on illegal drugs, and on cannabis in particular, must **promote reciprocal autonomy built through a constant exchange of dialogue within the community.**

We always find ourselves in paradoxical situations where, to a certain degree, each person has the free will to make decisions and makes free decisions for himself, while at the same time rules are established in order to regulate interaction with others, a complex and more or less formal, but appropriate approach. The goal of governance is freedom, and not control. It is a question of defining the goals of society through policies and programs of action that are then implemented through systems and processes and upheld by those who govern that permits the encouragement and affirmation of those goals for human action. The law, as a vehicle of choice of governance, does not merely express rules or limitations passed for the benefit of and on behalf of citizens, but seeks a reciprocal process of building social relationships through which people, citizens and governments, can constantly adjust their expectations of behaviour. We therefore accept as a guiding principle for governance that **all of the means the State has at its disposal must work towards facilitating human action, particularly the processes allowing for the building of arrangements between government of the citizenry and governance of the self.**

On the whole, the legal basis of the criminal law is weak where the prescribed standard first, does not concern a relationship with others and where the characteristics of the relationship do not establish a victim and a perpetrator able to recognize his/her

actions; second, has to find its justification outside fundamental social relationships; and third, results in the form of enforcement, the harmful effects of which undermine and challenge the very legitimacy of the law. Where criminal law is involved in these issues, the very standard prescribed by the law turns the perpetrator into the victim and tries to protect him from himself, something it can do only by producing a never-ending stream of knowledge that remains constantly out of his reach. In this context **only offences involving significant direct danger to others should be matters of criminal law**.

The Committee's Report - especially the second part - puts great emphasis on research-based knowledge. This focus is an attempt to do justice to the knowledge that has been developed over the past few decades. We considered it important and indeed necessary to give it detailed consideration. Indeed, the Committee recommends that the drive to acquire knowledge on specific issues we deem important be continued. We do not claim, however, to have answered the fundamental question of why people consume psychoactive substances, such as alcohol, drugs or medication. We were indeed surprised, given the quantity of studies conducted each year on drugs, that this area has not been covered. It is almost as if the quest for answers to technical questions has caused science to lose sight of the basic issue!

Scientific knowledge cannot replace either personal reflection or the political decision-making process. It supports those processes, science's greatest contribution to public drug policy. Our guiding principle is that **science, which must continue to explore specific areas of key issues and reflect on overarching questions, supports the public policy development process.**

These principles have guided our interpretation of the available information as well as our choice of recommendations; the reader should always keep them in mind when reading our report.

CHAPTER 4 – A CHANGING CONTEXT

This chapter puts the Committee's work in context. In recent years, in fact, in the past few months, events of some significance have taken place; some directly linked to illegal drugs, others far removed from them. Obviously, September 11 comes to mind. In social and political terms, the claims of medical users, of recreational users, within the changing context of drug use and, more generally, inter-generational conflict, have to be taken into account. Legislation passed in the aftermath of September 11, some provisions of which could affect police drug investigations, the fight against organized crime and the trial of the Hells Angels in Quebec, must also be taken into account. In legal terms, court decisions have had a direct effect on medical use and a decision will be rendered in the next few months by the Supreme Court on recreational use. In international terms, the fragility of the UNDCP and the development of a continental drug policy for the Americas are relevant to an understanding of certain issues that may even overdetermine national policy. Finally, globalization and the more extreme forms

of economic liberalism have been factors too, primarily in western societies but worldwide as well, in the increase of addictive behaviours, be they the use of drugs or other substitutes for social life.

PART II – CANNABIS: EFFECTS, TYPES OF USE, ATTITUDES

CHAPTER 5 – CANNABIS: FROM PLANT TO JOINT

This chapter first describes the cannabis plant and the various forms in which it becomes a consumer drug. We then take a brief look at the geographical origin of the cannabis plant and the routes along which it circulates in the modern world, noting at the same time current modes of production (soil-based and hydroponic) that have developed in certain regions of Canada. We then describe the pharmacokinetics of the cannabis plant, in particular its main active ingredients, and their metabolism in the body.

Available information on cannabis markets is weak and contradictory. Since 1997, the RCMP's annual reports on drugs suggest that 800 tons of cannabis circulate in Canada each year. Yet, many people told us that cannabis production has increased significantly and that cannabis has become more available than ever in this country. Data on the economic value of the cannabis market are no more reliable. We noted that:

- The size of the national production has significantly increased, and it is estimated that 50% of cannabis available in Canada is now produced in the country;
- The main producer provinces are British Columbia, Ontario and Quebec;
- Estimates of the monetary value of the cannabis market are unreliable. For example, if 400 tons are grown yearly in Canada, at a street value of $225 per ounce, the total value of the Canadian production would be less than $6 billion per year, less than the often quoted value of the BC market alone;
- An unknown proportion of national production is exported to the United States; and
- A portion of production is controlled by organized crime elements.

We heard many alarmist comments on the increased level of active ingredient (THC) in cannabis, however, it is currently impossible to estimate the average content of cannabis available in the market. More sophisticated growing methods have likely contributed to increasing the THC concentration. We observed that:

- In its natural state, cannabis contains between 0.5% and 3% THC. Sophisticated growing methods and genetic progress have made it possible to increase THC content in recent years, but it is impossible to estimate the average content of cannabis available in the market; it is reasonable to consider that content varies between 6% and 31%.

- THC is fat soluble and readily spreads in the innervated tissues of the brain; it reaches a peak in the blood plasma in less than nine minutes and falls to approximately 5% after one hour.
- The body is slow to eliminate THC and inactive THC metabolites can be detected in urine up to 27 days after use in the case of regular users.
- Psychoactive effects generally last two to three hours and may last as many as five to seven hours after use.

CHAPTER 6 – USERS AND USES: FORM, PRACTICE, CONTEXT

Who uses cannabis? How do the patterns of use in Canada compare to those in other countries? In what context is cannabis used? Why? What populations are most vulnerable? What are the social consequences of cannabis, specifically on delinquency and criminal behaviour? Most important, what trajectories do cannabis users follow, specifically with respect to consumption of other drugs?

At the very least, partial answers to these questions are prerequisite to establishing policy on a substance. In Canada, knowledge of patterns and contexts of cannabis use verges on the abysmal. In the early 1980s, the USA, the United Kingdom, and Australia introduced monitoring systems for the general population and the student population. In the last five years, a number of European countries have introduced data collection systems as part of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Canada, by contrast, has carried out only two epidemiological general population surveys specific to drugs (in 1989 and 1994), and only some provinces conduct surveys of the student population, using different methods and instruments that preclude data comparison. Furthermore, few sociological or anthropological studies are conducted on the circumstances or context of illegal drug use, specifically for cannabis. The result is that our pool of knowledge on users and characteristics of use is sorely lacking.

We have no explanation for this situation, at least no satisfactory explanation. In the 1970s, following up on the work done by the Le Dain Commission, Canada could have set up a trend monitoring system. In the 1980s, when Canada's Anti-Drug Strategy was adopted, to which the federal government allocated $210M over five years, a data collection system could well have been created. The fact that it was not could be due to an absence of leadership or vision, a fear of knowing, the division of powers among levels of government, or the absence of a socio-legal research tradition within the departments responsible for justice and health. In fact, all of the above are probable factors. Whatever the case, it is our contention that this situation, unacceptable by definition, requires timely remedial action. We must resign ourselves to working with the scarce Canadian data available, and, more significantly, the virtually non-existent comparable data. We will also look at studies and data from other countries.

The chapter is divided into four sections. The first covers consumption patterns in the population as a whole, then specifically in the 12-18 year age group and compares the patterns in various countries. In the adult population we observed that:

- The epidemiological data available indicates that close to 30% of the population (12 to 64 years old) has used cannabis at least once;
- Approximately 2 million Canadians over age 18 have used cannabis during the previous 12 months, approximately 600,000 have used it during the past month, and approximately 100,000 use it daily. Approximately 10% used cannabis during the previous year; and
- Use is highest between the ages of 16 and 24.

For youth in the 12-17 age group, we observed that:

- Canada would appear to have one of the highest rates of cannabis use among youths;
- Approximately 1 million would appear to have used cannabis in the previous 12 months, 750,000 in the last month and 225,000 would appear make daily use; and
- The average age of introduction to cannabis is 15.

The second section looks at what we know about reasons for and details on use, including origins and cultural differences. The third section deals specifically with cannabis user trajectories, including escalation. We have observed the following:

- Most experimenters stop using cannabis;
- Regular users were generally introduced to cannabis at a younger age. Long-term users most often have a trajectory in which use rises and falls;
- Long-term regular users experience a period of heavy use in their early 20s;
- Most long-term users integrate their use into their family, social and occupational activities; and
- Cannabis itself is not a cause of other drug use. In this sense, we reject the gateway theory.

The fourth and last section covers the relationship between cannabis use and delinquency and crime. Based on research evidence, we concluded that:

- Cannabis itself is not a cause of delinquency and crime; and
- Cannabis is not a cause of violence.

CHAPTER 7 – CANNABIS: EFFECTS AND CONSEQUENCES

When it comes to cannabis, one hears anything and its opposite. While in some areas more research is needed and in others research results are contradictory, there exists nevertheless a strong basis of information contradicting many of the myths that continue to be perpetuated.

This chapter is divided into five sections. The first is a collection of statements on the presumed effects of marijuana that the Committee heard or became aware of through its research. The following three sections examine the acute effects of cannabis, followed in turn by the physiological and neurological consequences, the psychological consequences and the social consequences. Then, because of its significance and the central place it holds in social and political concerns, we turn our attention specifically to the question of any possible dependence arising from prolonged use of cannabis.

With respect to the effects of cannabis, the Committee observed that:

- The immediate effects of cannabis are characterized by feelings of euphoria, relaxation and sociability; they are accompanied by impairment of short-term memory, concentration and some psychomotor skills; and
- Long term effects on cognitive functions have not been established in research.

The Committee has distinguished between use, at-risk use and excessive use. Quantities used, psychosocial characteristics of the users and factors related to use contexts and quality of the substance all come into play to explain the passage from one category to the other. On at-risk use, the Committee observed that:

- Most users are not at-risk users insofar as their use is regulated, irregular and temporary, rarely beyond 30 years of age;
- For users above 16, at-risk use is defined as using between 0.1 to 1 gram per day; and
- Available epidemiological data suggests that approximately 100,000 Canadians might be at-risk users.
- The Committee feels that, because of its potential effects on the endogenous cannabinoid system and cognitive and psychosocial functions, any use in those under age 16 is at-risk use.

With respect to excessive use we observed that:

- More than one gram per day over a long period of time is heavy use, which can have certain negative consequences on the physical, psychological and social well-being of the user. According to the epidemiological data available, there is reason to believe that approximately 80,000 Canadians above age 16 could be excessive users;
- For those between the ages of 16 and 18, heavy use is not necessarily daily use but use in the morning, alone or during school activities;
- Heavy use can have negative consequences for physical health, in particular for the respiratory system (chronic bronchitis, cancer of the upper respiratory tract);
- Heavy use of cannabis can result in negative psychological consequences for users, in particular impaired concentration and learning and, in rare cases and with people already predisposed, psychotic and schizophrenic episodes;
- Heavy use of cannabis can result in consequences for a user's social well-being, in particular their occupational and social situation and their ability to perform tasks; and

- Heavy use of cannabis can result in dependence requiring treatment; however, dependence caused by cannabis is less severe and less frequent than dependence on other psychotropic substances, including alcohol and tobacco.

CHAPTER 8 – DRIVING UNDER THE INFLUENCE OF CANNABIS

If there is one issue, other than the effects of cannabis use on young people or the effects of substance abuse, that is likely to be of concern to society and governments, then it is certainly the effect of the use of cannabis on the ability to drive a vehicle. We are already familiar with the effects of alcohol on driving and the many accidents involving injuries or deaths to young people. In spite of the decreases in use noted in recent years, one fatal accident caused by the use of a substance is one accident too many.

Next to alcohol, cannabis is the most widely used psychoactive substance, particularly among young people in the 16-25 age group. Casual use occurs most often in a festive setting, at weekend parties, often accompanied by alcohol. People in this age group are also the most likely to have a car accident and are also susceptible to having an accident while impaired.

Cannabis affects psychomotor skills for up to five hours after use. The psychoactive effects of cannabis are also dependent on the amount used, the concentration of THC and the morphology, experience and expectations of users. But what are the specific effects of cannabis on the ability to drive motor vehicles? What are the effects of alcohol and cannabis combined? And what tools are available to detect the presence of a concentration of THC that is likely to significantly affect the psychomotor skills involved in vehicle operation?

This chapter is divided into three sections. The first considers the ways of testing for the presence of cannabinoids in the body. The second analyzes studies on the known prevalence of impaired driving, in both accident and non-accident contexts. The third and last summarizes what is known about the effects of cannabis on driving based on both laboratory and field studies. As in the other chapters, the Committee then draw its own conclusions.

The Committee feels it is quite likely that cannabis makes users more cautious, partly because they are aware of their deficiencies and compensate by reducing speed and taking fewer risks. However, because what we are dealing with is no longer the consequences on the users themselves, but the possible consequences of their behaviour on others, the Committee feels that it is important to **opt for the greatest possible caution** with respect to the issue of driving under the influence of cannabis.

Given what we have seen, we conclude the following:

- Between 5% and 12% of drivers may drive under the influence of cannabis; this percentage increases to over 20% for young men under 25 years of age;
- Cannabis alone, particularly in low doses, has little effect on the skills involved in automobile driving. Cannabis leads to a more cautious style of driving. However it has a negative impact on decision time and trajectory. This in itself does not mean that drivers under the influence of cannabis represent a traffic safety risk;
- A significant percentage of impaired drivers test positive for cannabis and alcohol together. The effects of cannabis when combined with alcohol are more significant than is the case for alcohol alone;
- Despite recent progress, there does not yet exist a reliable and non intrusive rapid roadside testing method;
- Blood remains the best medium for detecting the presence of cannabinoids;
- Urine cannot screen for recent use;
- Saliva is promising, but rapid commercial tests are not yet reliable enough;
- The visual recognition method used by police officers has yielded satisfactory results; and
- It is essential to conduct studies in order to develop a rapid testing tool and learn more about the driving habits of cannabis users.

CHAPTER 9 - USE OF MARIJUANA FOR THERAPEUTIC PURPOSES

There has been renewed interest in the issue of the use of marijuana for therapeutic purposes in recent years, particularly in Canada. In the wake of an Ontario Court of Appeal ruling which found the provisions of the *Controlled Drugs and Substances Act* to be unconstitutional pertaining to the therapeutic use of marijuana, the federal Minister of Health made new regulations in July 2001 that give people with specified medical problems access to marijuana under certain conditions.

However, the scientific community, the medical community in particular, is divided on the real therapeutic effectiveness of marijuana. Some are quick to say that opening the door to medical marijuana would be a step toward outright legalization of the substance.

But none of that should matter to physicians or scientists. It is not a question of defending general public policy on marijuana or even all illegal drugs. It is not a question of sending a symbolic message about "drugs". It is not a question of being afraid that young people will use marijuana if it is approved as a medicine. The question, and the only question, for physicians as professionals is whether, to what extent and in what circumstances, marijuana serves a therapeutic purpose. Physicians should have to determine whether people with certain diseases would benefit from marijuana use and weigh the side effects against the benefits. If they do decide the patient should use marijuana, they then have to consider how he or she might get it.

This chapter is devoted to the history of the use of marijuana for therapeutic purposes and the status of contemporary knowledge of marijuana and synthetic cannabinoids. We then give a brief account of compassion clubs and other organizations that supply marijuana for therapeutic use, as well as various public policy regimes. We conclude with our views on medical use of marijuana. In a later chapter, we discuss which public policy regime would be most appropriate given the status of medical use of marijuana

We observed that:

- There are clear, though non-definitive indications of the therapeutic benefits of marijuana in the following conditions: analgesic for chronic pain, antispasm for multiple sclerosis, anticonvulsive for epilepsy, antiemetic for chemotherapy and appetite stimulant for cachexi;
- There are less clear indications regarding the effect of marijuana on glaucoma and other medical conditions;
- Marijuana has not been established as a drug through rigorous, controlled studies;
- The quality and effectiveness of marijuana, primarily smoked marijuana, have not been determined in clinical studies;
- There have been some studies of synthetic compounds, but the knowledge base is still too small to determine effectiveness and safety;
- Generally, the effects of smoked marijuana are more specific and occur faster than the effects of synthetic compounds;
- The absence of certain cannabinoids in synthetic compounds can lead to harmful side effects, such as panic attacks and cannabinoid psychoses;
- Smoked marijuana is potentially harmful to the respiratory system;
- People who smoke marijuana for therapeutic purposes self-regulate their use depending on their physical condition and do not really seek the psychoactive effect;
- People who smoke marijuana for therapeutic purposes prefer to have a choice as to methods of use;
- Measures should be taken to support and encourage the development of alternative practices, such as the establishment of compassion clubs;
- The practices of these organizations are in line with the therapeutic indications arising from clinical studies and meet the strict rules on quality and safety;
- The studies that have already been approved by Health Canada must be conducted as quickly as possible;
- The qualities of the marijuana used in those studies must meet the standards of current practice in compassion clubs, not NIDA standards;
- The studies should focus on applications and the specific doses for various medical conditions; and
- Health Canada should, at the earliest possible opportunity, undertake a clinical study in cooperation with Canadian compassion clubs.

CHAPTER 10 - CANADIANS' OPINIONS AND ATTITUDES

It is always difficult to gauge the public's opinions, attitudes and concerns. The traditional method of surveying a representative sample of the population was too expensive for our resources. Surveys also have limits that we discuss in more detail. However, we did commission a qualitative study using focus groups, the results of which are presented in this chapter. We also report the results of other surveys that we researched and considered. As well, many Canadians wrote to us or sent us e-mails, and others came out to our public hearings to participate. Obviously we cannot draw solid conclusions from this. The people who wrote to us were probably those to whom the issue is very important, regardless of which way they may lean. Some are cited in our Report but we must reiterate that no conclusion should be drawn from these opinions in terms of representativeness. No account of Canadians' opinions on and attitudes toward drugs in general would be complete without an examination of the role of the media in shaping those opinions and attitudes. In recent years, as a result of this Committee's work and other initiatives, various Canadian newspapers and magazines have run stories or have written editorials on the issue. These are the focus of the first part of the chapter. The next part presents the results of surveys and polls, including the survey we commissioned and surveys conducted in different provinces. The last part covers our understanding of what Canadians told us.

We observed the following:

- Public opinion on marijuana is more liberal than it was 10 years ago;
- There is a tendency to think that marijuana use is more widespread and that marijuana is more available than it used to be;
- There is a tendency to think that marijuana is not a dangerous drug;
- The concern about organized crime is significant;
- Support for medical use of marijuana is strong;
- There is a tendency to favour decriminalization or, to a lesser degree, legalization;
- People criticize enforcement of the legislation in regards to simple possession of marijuana; and
- There is a concern for youth and children.

PART III -- POLICIES AND PRACTICES IN CANADA

CHAPTER 11 - A NATIONAL DRUG STRATEGY?

Based on the importance of the subject, it would probably surprise many Canadians to learn that only from 1987 to 1993 did Canada have a fully funded national drug strategy. It is true that Canada has had legislation dealing with the use of psychoactive substances since the passage of the *Opium Act* in 1908. This Act was followed by several pieces of criminal legislation over the years that increased federal

enforcement powers over psychoactive substances and expanded the list of illicit substances. These pieces of legislation have historically focused on the supply of psychoactive substances, adopting a prohibitionist approach to use. It is widely acknowledged now, however, that a more balanced approach is required if one is to deal effectively with those who abuse psychoactive substances.

This chapter recounts the development and implementation of the 1987 National Drug Strategy, which had as an objective the promotion of a balanced approach to the problem of psychoactive substance abuse. This is followed by a discussion of what became of the national strategy and what goals have been achieved.

We observed the following:

- Canada urgently needs a comprehensive and coordinated national drug strategy for which the federal government provides sound leadership;
- Any future national drug strategy should incorporate all psychoactive substances, including alcohol and tobacco;
- To be successful, a national drug strategy must involve true partnerships with all levels of government and with non-governmental organizations;
- Over the years, the intermittency of funding has diminished the ability to coordinate and implement the strategy; adequate resources and a long-term commitment to funding are needed if the strategy is to be successful;
- Clear objectives for the strategy must be set out, and comprehensive evaluations of these objectives and the results are required;
- At the developmental stage, there is a need to identify clear and shared criteria for "success";
- The core funding for the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) has been insufficient for it to carry out its mandate; proper funding for the CCSA is essential;
- There is a need for an independent organization – the CCSA – to conduct national surveys at least every second year; there is also a need to achieve some level of consistency, comparability and similar time frames for provincially-based school surveys;
- Coordination at the federal level should be given to a body that is not an integral part of one of the partner departments; and
- Canada's Drug Strategy's should adopt a balanced approach – 90% of federal expenditures are currently allocated to the supply reduction.

CHAPTER 12 - THE NATIONAL LEGISLATIVE CONTEXT

Drugs have been prohibited for fewer than a hundred years; cannabis for slightly more than 75 years. It is tempting to think that the decisions made over the years to use criminal law to fight the production and use of certain drugs are in keeping with social progress and the advancement of scientific knowledge about drugs. But is this really the case? The history of legislation governing illegal drugs in Canada, like the analysis in Chapter 19 of the structure of international conventions, suggests that it is highly

doubtful. To what extent is such reasoning really rational? Is the rationale of the system of controls acceptable in the eyes of civil society, users as well as abstainers? What criteria motivated legislator decisions? Indeed, were there criteria? What motivated parliamentarians from Canada and elsewhere to prohibit certain substances, to control access to certain others, and to permit still others to be sold over the counter?

Knowing where we have been helps in understanding where we are going. That is the goal of this chapter, retracing the evolution of Canadian drug laws from 1908 to the present day. We have identified three legislative periods. The first, and longest, spans 1908 to 1960, the period of hysteria. We were told that drugs were made criminal because they are dangerous. Analysis of debates in Parliament and in media accounts clearly shows how far this is from truth. When cannabis was introduced in the legislation on narcotics in 1923, there was no debate, no justification, in fact many members did not even know what cannabis was.

The second period, much shorter, runs from 1961 to 1975, the search for lost reason. Following the explosion in drug use in the early 1960s and demands for reform from various sectors of society, governments appointed a commission of inquiry in Canada, the Le Dain Commission. Last comes the contemporary period at the beginning of the 1980s. Reform is not on the policy agenda any more and anti-drug policies have forged ahead.

In summary, we observed that:

- Early drug legislation was largely based on a moral panic, racist sentiment and a notorious absence of debate;
- Drug legislation often contained particularly severe provisions, such as reverse onus and cruel and unusual sentences; and
- The work of the Le Dain Commission laid the foundation for a more rational approach to illegal drug policy by attempting to rely on research data. The Le Dain Commission's work had no legislative outcome until 1996 in certain provisions of the *Controlled Drugs and Substances Act*, particularly with regard to cannabis.

CHAPTER 13 - REGULATING THERAPEUTIC USE OF CANNABIS

Cannabis has an extremely long history of therapeutic use, going back several thousands of years. It was often used for the same medical conditions it is used for today. With the development of the pharmaceutical industry in the last century, the medical community has gradually discontinued its use. Various factors may explain this. Developments in the pharmaceutical industry provided the medical community with more stable and better tested medication. The practice of medicine itself has changed and so has our conception of health. Then, at the turn of the 20th century, the plants from which opium, cocaine and cannabis are derived were banned by the international community, except for medical and scientific purposes. In the case of cannabis, no rigorous study had been done until recently.

Further to the social rediscovery of cannabis and the identification of its molecular composition and chemical elements in the 1960s, renewed interest in the therapeutic applications of cannabis grew in the early 1970s. More people began using the plant for its therapeutic benefits and many demanded a relaxation of the prohibitionist rules governing cannabis.

Partly because its safety and effectiveness have yet to be reviewed in clinical trials, cannabis has not been approved for sale in Canada as a medical product. Despite this lack of approval, many use cannabis for its therapeutic purposes without legal authorization. In addition, because of the many claims regarding its therapeutic benefit, a growing number of people have called for a less restrictive approach and are demanding access to cannabis for people who could benefit from its use.

This chapter reviews the events that prompted the recent enactment of the *Marihuana Medical Access Regulations*. One of the objectives of the regulations is to provide a compassionate framework of access to marijuana for seriously ill Canadians while research regarding its therapeutic application continues. Also discussed is the implementation of these regulations, which came into force on 30 July 2001.

We have observed the following:

- The MMAR are not providing a compassionate framework for access to marijuana for therapeutic purposes and are unduly restricting the availability of marijuana to patients who may receive health benefits from its use;
- The refusal of the medical community to act as gatekeepers and the lack of access to legal sources of cannabis appear to make the current regulatory scheme an "illusory" legislative exemption and raises serious Charter implications;
- In almost one year, only 255 people have been authorized to possess marijuana for therapeutic purposes under the MMAR and only 498 applications have been received – this low participation rate is of concern;
- Changes are urgently needed with regard to who is eligible to use cannabis for therapeutic purposes and how such people gain access to cannabis;
- Research on the safety and efficacy of cannabis has not commenced in Canada because researchers are unable to obtain the product needed to conduct their trials;
- No attempt has been made in Health Canada's current research plan to acknowledge the considerable expertise currently residing in the compassion clubs;
- The development of a Canadian source of research-grade marijuana has been a failure.

CHAPTER 14 - POLICE PRACTICES

Views on police priorities regarding enforcement of laws on illicit drugs are, at the very least, inconsistent, if not contradictory. Some believe that too much police time, effort and resources are spent in investigating illicit drug offences and, more specifically, possession offences, even more specifically, cannabis possession offences. Others, including the police themselves, claim that police priorities are already focused

on traffickers and producers, and that possession charges are laid as a result of police presence to deal with other criminal activity. Thus, they maintain that the vast majority of cannabis possession charges are incidental to other police responsibilities.

This chapter reviews the key organizations that are responsible for enforcing Canada's current illicit drugs legislation, the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA). It includes a discussion of the powers they have been granted, and the investigative techniques used, in relation to illicit drug investigations. Finally, key police-related statistics are explored. This information should help clarify some of the misconceptions related to enforcement of laws on illicit drugs.

The Committee found that:

- The annual cost of drug enforcement in Canada is estimated to be between $700 million and $1 billion;
- Reduced law enforcement activities resulting from amendments to the drug legislation on cannabis could produce substantial savings or a significant reallocation of funds by police forces to other priorities;
- Due to the consensual nature of drug offences, police have been granted substantial enforcement powers and have adopted highly intrusive investigative techniques; these powers are not unlimited, however, and are subject to review by Canadian courts;
- Over 90,000 drug-related incidents are reported annually by police; more than three-quarters of these incidents relate to cannabis and over 50% of all drug-related incidents involve possession of cannabis;
- From 1991 to 2001, the percentage change in rate per 100,000 people for cannabis-related offences is +91.5 – thus, the rate of reported cannabis-related offences has almost doubled in the past decade;
- The number of reported incidents related to the cultivation of cannabis increased dramatically in the past decade;
- Reported incident rates vary widely from province to province;
- Cannabis was involved in 70% of the approximately 50,000 drug-related charges in 1999. In 43% of cases (21,381), the charge was for possession of cannabis.;
- The rate of charges laid for drug offences vary significantly from province to province;
- The uneven application of the law is of great concern and may lead to discriminatory enforcement, alienation of certain groups within society, and creation of an atmosphere of disrespect for the law; in general, it raises the issue of fairness and justice; and
- Statistics on seizure seem to confirm an increase in cannabis cultivation in Canada and also a shift in police priorities regarding this offence.

CHAPTER 15 - THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM

The previous chapter examined how people first come into contact with the criminal justice system through the enforcement of criminal legislation. Several questions remain, however. What happens once a person has been charged with a drug offence? Who is responsible for prosecuting drug cases? What type of punishment do people receive? Who ends up with a criminal record? Have there been any challenges to the constitutional validity of drug legislation? These issues and others related to the criminal justice system are reviewed in this chapter

We have observed the following:

- The cost of prosecuting drug offences in 2000-2001 was $57 million with approximately $5 million or roughly 10% of the total budget relating to prosecuting cannabis possession offences;
- In 1999, it was estimated that Canadian criminal courts heard 34,000 drug cases, which involved more than 400,000 court appearances;
- The Drug Treatment Court initiatives seem very encouraging, although comprehensive evaluations are needed to ensure such programs are effective;
- Disposition and sentencing data with respect to drug-related offences are incomplete and there is an urgent need to correct this situation;
- Correctional Service Canada spends an estimated $169 million annually to address illicit drugs through incarceration, substance abuse programs, treatment programs and security measures; expenditures on substance abuse programs are unreasonably low, given the number of inmates who have substance-abuse dependence problems;
- A criminal conviction can negatively affect a person's financial situation, career opportunities and restrict travel. In addition, it can be an important factor in future dealings with the criminal justice system; and
- Provincial courts of appeal have so far maintained the constitutionality of cannabis prohibition. They have found that because there is some evidence of harm caused by marijuana use that is neither trivial nor insignificant, Parliament has a rational basis to act as it has done, and the marijuana prohibition is therefore consistent with the principles of fundamental justice in section 7 of the Charter. These decisions have been appealed, and the Supreme Court of Canada will soon decide whether cannabis prohibition is constitutionally sound.

CHAPTER 16 - PREVENTION

Viewed in theory, at least, as a public health issue, a policy on illegal drugs should call for a strong prevention strategy. Nothing, however, is more fluid, vague, or even controversial, than prevention. When it comes to illegal drugs, the legal and political context makes the issue of prevention even harder to clarify and actions even harder to define. The national legal context surrounding illegal drugs and the interpretation of international drug policies are such that because they are defined *a priori* as harmful

substances, illegal drugs must not be used. Another way of putting it is that any use is abuse. If use is abuse, if individuals or organizations involved in prevention are unable to make distinctions that are essential in setting objectives and devising preventive measures, what hope is there of establishing successful prevention programs? There are, as this chapter will show, many prevention programs that are not aimed solely or even particularly at the prevention of use, but rather the prevention of at-risk behaviour. Harm reduction, for example, is not only a general strategy for dealing with psychoactive substances, but is also a preventive approach that seeks to lower the risks associated with drugs and drug control without requiring abstinence. However, harm reduction is the subject of much controversy and criticism because it is based on the premise that use of drugs is a social reality. Addressing the issue of prevention means considering at the same time government policies on illegal drugs. Any discussion of prevention entails discussion of the limits of government intervention and of how one conceives of human action. How far should government interventions go in identifying groups at risk without further stigmatizing groups already at risk? To what extent are humans rational beings who act in their best interest provided they are given the right information?

This chapter on prevention begins with a statement that will come as no surprise to health or justice experts: when it comes to prevention, there is lots of talk, but the resources allocated are small and the initiatives weak. The second section asks the question: what prevention? We look at current knowledge of the factors underlying prevention initiatives and the effectiveness of some preventive measures, with special emphasis on one of the most important weapons in the war on drugs, the DARE program. The third section looks at the harm reduction approach to prevention. As in the other chapters, our conclusions are in the form of observations that may serve to guide future actions.

The Committee found that:

- Prevention is not designed to control but rather to empower individuals to make informed decisions and acquire tools to avoid at-risk behaviour;
- A national drug strategy should include a strong prevention component;
- Prevention strategies must be able to take into account contemporary knowledge about drugs;
- Prevention messages must be credible, verifiable and neutral;
- Prevention strategies must be comprehensive, cover many different factors and involve the community;
- Prevention strategies in schools should not be led by police services or delivered by police officers;
- The RCMP should reconsider its choice of the DARE program that many evaluation studies have shown to be ineffective;
- Prevention strategies must include comprehensive evaluation of a number of key elements;

- A national drug strategy should include mechanisms for widely disseminating the results of research and evaluations;
- Evaluations must avoid reductionism, involve stakeholders in prevention, be part of the program, and include longitudinal impact assessment;
- Harm reduction strategies related to cannabis should be developed in coordination with educators and the social services sector; and
- Harm reduction strategies related to cannabis should include information on the risks associated with heavy chronic use, tools for detecting at-risk and heavy users and measures to discourage people from driving under the influence of marijuana.

CHAPTER 17 - TREATMENT PRACTICES

With the exception of the treatment given to offenders imprisoned in federal institutions and Aboriginals, the care available to individuals who are substance-dependent is essentially the responsibility of the provinces and territories. This chapter is therefore brief since we received only a few submissions and heard few witnesses on this question.

In Chapter 7 we determined that physical dependency on cannabis was rare and insignificant. Some symptoms of addiction and tolerance can be identified in habitual users but most of them have no problem in quitting and do not generally require a period of withdrawal. As far as forms of psychological dependency are concerned, the studies are still incomplete but the international data tend to suggest that between 5% and 10% of regular users (using at least in the past month) are at risk of becoming dependent on cannabis. We estimated that approximately 3% or 600,000 adult Canadians have consumed cannabis in the past month and that approximately 0.5% or 100,000 use it on a daily basis. This indicates that somewhere between 30,000 and 40,000 people might be at-risk and 5,000 to 10,000 might make excessive use. For those aged 16 and 17, the numbers were between 50,000 and 70,000 at-risk and 8,000 to 17,000 potentially excessive users. The data also indicated that the peak period for intensive use is between the ages of 17 and 25 years. These broad parameters indicate where to look to prevent dependency and offer treatment services for those in need.

What form does cannabis dependency take? Most authors agree that psychological dependency on cannabis is relatively minor. In fact, it cannot be compared in any way with tobacco or alcohol dependency and is even less common than dependency on certain psychotropic medications.

We have observed that:

- The expression 'drug addiction' should no longer be used and we should talk instead of substance abuse and dependency;
- Between 5% and 10% of regular cannabis users are at risk of developing a dependency;
- Physical dependency on cannabis is virtually non-existent;

- Psychological dependency is moderate and is certainly lower than for nicotine or alcohol;
- Most regular users of cannabis are able to diverge from a trajectory of dependency without requiring treatment;
- There are many forms of treatment but nothing is known about the effectiveness of the different forms of treatment for cannabis dependency specifically;
- As a rule, treatment is more effective and less costly than incarceration;
- Studies of the treatment programs should be conducted, including treatments programs for people with cannabis dependency; and
- Studies should be conducted on the interaction of the cannabinoid and the opioid systems.

CHAPTER 18 - OBSERVATIONS ON PRACTICES

Previous chapters have described public action by dividing it into the major sectors of involvement. Before closing the third part of this report, we make some general observations that cut across the individual areas we have examined. The first concerns difficulties in harmonizing the various levels and sectors of involvement; the second, the difficulty in co-ordinating their various approaches; and the third, the costs of drugs and public policy.

A study published by CCSA in 1996 but based on 1992 data had identified the following costs of substance abuse:

- The costs associated with all illegal drugs were $1.4 billion, compared with $7.5 billion in the case of alcohol and $9.6 billion in the case of tobacco.
- Expressed as a percentage of the gross domestic product, the total costs for all substances was 2.67%. Of this, 0.2% was for illegal drugs, 1.09% for alcohol and 1.39% for tobacco.
- The principal costs of illegal drugs are externalities, that is, loss of productivity - $823 million, health care - $88 million, and losses in the workplace - $5.5 million, for a total of about 67% of all costs related to illegal drugs.
- The cost of public policies, or opportunity costs, represent about 33%.
- The cost of enforcing the law represents about 29.2% of all costs, or about 88% of all policy costs. The balance goes to prevention, research and administration.

Previous studies conducted in British Columbia in 1991, in Ontario in 1988 and in Quebec in 1988, using different methodologies, established costs of $388 million, $1.2 billion and $2 billion respectively, for a total cost of $3.5 billion in these three provinces alone. These figures demonstrate the extent to which such estimates can vary, according to the methodology selected and the availability of data.

Nevertheless, with the CCSA study taken as the standard, two comments must be made. First, loss of productivity – the major cost – is measured in mortality - $547 million and morbidity - $275 million. Except in the case of traffic fatalities, cannabis is not a cause of death and involves none of this type of social cost. Morbidity corresponds to losses attributed to problems caused by drug use as measured by the difference between the average annual income of users and of the population in general. Here, two further observations about cannabis should be noted. A large proportion of cannabis users are young people who are not yet part of the workforce and cannabis use involves none of the addiction and attendant problems that follow from heroin or cocaine use. Therefore, the costs that can be attributed to cannabis in this regard are likely minimal. If one accepts the methodology of the authors, **cannabis in itself entails few externalities**, which are the main measures of the social cost of illegal drugs.

However, it should also be noted that the study did not calculate the costs of substance-related crime. Alcohol is well known for its frequent association with crimes of violence (at least 30% of all cases), as well as with impaired driving, which results in major social and economic losses. Crime related to illegal drugs is of several types: organized crime, crimes against property committed in order to pay for drugs, true mainly in the case of heroin and cocaine, and crimes of violence committed under the influence of drugs. With the exception of organized crime and driving under the influence, cannabis involves few of the factors that generate criminal behaviour.

Secondly, according to the CCSA's study, the main cost of illegal drugs, after loss of productivity, is the cost of law enforcement, which the study estimates at approximately $400 million. In Chapters 14 and 15, we note that police and court costs are certainly much higher than this figure, and probably total between $1 and $1.5 billion. The proportion of these costs attributable to cannabis is impossible to determine for certain. But, insofar as 77% of all drug-related offences involve cannabis, and of these 50% simple possession, and given that about 60% of incidents result in a charge, of which some 10% to 15% of cases the accused receives a prison sentence, it is clear that a considerable proportion of the drug-related activity addressed by the penal justice system is concerned with cannabis. While admitting this to be a very rough estimate, we suggest that about 30% of the activity of the justice system is tied up with cannabis. On the basis of our estimates and the lowest cost of law enforcement, or $1 billion, it costs about $300 million annually to enforce the cannabis laws.

In effect, the main social costs of cannabis are a result of public policy choices, primarily its continued criminalization, while the consequences of its use represent a small fraction of the social costs attributable to the use of illegal drugs.

Overall, we observed the following:

- The lack of any real national platform for discussion and debate on illegal drugs prevents the development of clear objectives and measurement indicators;
- The absence of a national platform makes exchange of information and best practices impossible;
- Practices and approaches vary considerably between and within provinces and territories;
- The conflicting approaches of the various players in the field are a source of confusion;
- The resources and powers of enforcement are greatly out of balance compared with those of the health and education fields and the civil society;
- The costs of all illegal drugs had risen to close to $1.4 billion in 1992;
- Of the total costs of illegal drugs in 1992, externalities (social costs) represented 67% and public policy costs 33%;
- The social costs of illegal drugs and the public policy costs are underestimated ;
- The cost of enforcing the drug laws is more likely to be closer to $1 billion to $1.5 billion per annum;
- The principal public policy cost relative to cannabis is that of law enforcement and the justice system; which may be estimated to represent a total of $300 to $500 million per annum;
- The costs of externalities attributable to cannabis are probably minimal - no deaths, few hospitalizations, and little loss of productivity;
- The costs of public policy on cannabis are disproportionately high given the drug's social and health consequences; and
- The Canadian Centre on Substance Abuse is seriously under-funded; its annual budget amounts to barely 0.1% of the social costs of illegal drugs alone (alcohol not included). Its budget should be increased to at least 1%; that is, approximately $15 million per annum.

PART IV-PUBLIC POLICY OPTIONS

CHAPTER 19 - THE INTERNATIONAL LEGAL ENVIRONMENT

This chapter could begin and end with the same words: The international drug control conventions are, at least with respect to cannabis, an utterly irrational restraint that has nothing to do with scientific or public health considerations.

Three points bear making concerning the substance of the current conventions.

The first has to do with the absence of definitions. The terms drugs, narcotics and psychotropics are not defined in any way except as lists of products included in schedules. It follows that any natural or synthetic substance on the list of narcotics is, for the purposes of international law, a narcotic, and that a psychotropic is defined in

international law by its inclusion in the list of psychotropics. The only thing that the 1961 Convention tells us about the substances to which it applies is that they can be abused. The 1971 Psychotropics Convention, which reversed the roles in that the synthetic drug producing countries wanted narrower criteria, indicates that the substances concerned may cause dependence or central nervous system stimulation or depression and may give rise to such abuse as to "constitute a public health problem or a social problem that warrants international control."

The second point, following from the first, relates to the arbitrary nature of the classifications. While cannabis is included, along with heroin and cocaine, in Schedules I and IV of the 1961 Convention, which carry the most stringent controls, it is not even mentioned by name in the 1971 Convention, though THC is listed as a Schedule I psychotropic along with mescaline, LSD and so on. The only apparent criterion is medical and scientific use, which explains why barbiturates are in Schedule III of the 1971 Convention and therefore subject to less stringent controls than natural hallucinogens. These classifications are not just arbitrary, but inconsistent with the substances' pharmacological classifications and their danger to society.

Third, if there was so much concern about public health based on how dangerous "drugs" are, one has to wonder why tobacco and alcohol are not on the list of controlled substances.

We conclude from these observations that the international regime for the control of psychoactive substances, beyond any moral or even racist roots it may initially have had, **is first and foremost a system that reflects the geopolitics of North-South relations in the 20th century**. Indeed, the strictest controls were placed on organic substances – the coca bush, the poppy and the cannabis plant – which are often part of the ancestral traditions of the countries where these plants originate, whereas the North's cultural products, tobacco and alcohol, were ignored and the synthetic substances produced by the North's pharmaceutical industry were subject to regulation rather than prohibition. It is in this context that the demand made by Mexico on behalf of a group of Latin American countries during the negotiations leading up to the 1988 Convention, that their use be banned, must be understood. It was a demand that restored the balance to a degree, as the countries of the South had been forced to bear the full brunt of the controls and their effects on **their own people** since the inception of drug prohibition. The result may be unfortunate, since it reinforces a prohibitionist regime that history has been shown to be a failure, but it may have been the only way, given the mood of the major Western powers, to demonstrate the irrationality of the entire system in the longer term. In any case, it is a short step from there to question the legitimacy of instruments that help to maintain the North-South disparity yet fail miserably to reduce drug supply and demand.

We make the following observations:

- The series of international agreements concluded since 1912 have failed to achieve their ostensible aim of reducing the supply of drugs;
- The international conventions constitute a two-tier system that regulates the synthetic substances produced by the North and prohibits the organic substances produced by the South, while ignoring the real danger the substances represent for public health;
- When cannabis was included in the international conventions in 1925, there was no knowledge of its effects;
- The international classifications of drugs are arbitrary and do not reflect the level of danger they represent to health or to society;
- Canada should inform the international community of the conclusions of our report and officially request the declassification of cannabis and its derivatives.

CHAPTER 20 - PUBLIC POLICIES IN OTHER COUNTRIES

The vast majority of Canadians have heard about the "war on drugs" which the USA is conducting and about its prohibitionist approach, but many would be surprised to see the major variations between states, indeed between cities, within that country. Even fewer know that Sweden enforces a prohibitionist policy at least as strict as that of the US, but through other means. Many of us have, in one way or another, heard about the "liberal" approach introduced in the Netherlands in 1976. Fewer people know of the Spanish, Italian, Luxembourg or Swiss approaches, which are even more liberal in certain respects. More recently, Canadians learned of the decision by the UK's Minister of the Interior to reclassify cannabis as a Class C drugs, but it is not clear that we know precisely what that means. In view of the preconceptions that many may have in relation to France with regard to wine, many may be surprised to learn that its policy on cannabis appears more "conservative" than that of neighbouring Belgium, for example. As may be seen, after the overall framework of the puzzle has been established by the international community, the ways the pieces are put together vary widely among states, and at times among the regions of a single state.

That is why, in order to learn about the experience and approaches of other countries, the Committee commissioned a number of research reports on the situations in other countries and heard representatives of some of those countries in person. We of course had to make some choices, such as limiting ourselves to the western countries of the northern hemisphere. This is a weak point in our Report, we agree, but our resources were limited. In addition, as we wanted to compare public policies with data on use trends and judicial practices, we were forced to choose countries with an information base. In our hearings with representatives of those countries, we were mainly limited by time and cost.

In this chapter, we describe the situations in five European countries — France, the Netherlands, the United Kingdom, Sweden and Switzerland — and in Australia and the United States.

CHAPTER 21 - PUBLIC POLICY OPTIONS

Public policy is not just a matter of enabling legislation, in this case criminal legislation. Nonetheless, when it comes to illegal drugs, criminal legislation occupies a symbolic and determinative place. It is as if this legislation is the backbone of our public policy. Public discussions of cannabis do not deal so much with such matters as public health, user health, prevention of at-risk or excessive use, but with such questions as the pros and cons of decriminalization, establishing a civil offence or maintaining a criminal offence, or possible legalization and the extent thereof.

In respect of illegal drugs, where the key issues are, first and foremost, matters of public health and culture (including education and research), and where criminal law should be used only as a last resort, public policy must be based primarily on clear principles and objectives. For this to come about, public policy must be equipped with a set of tools designed to deal with the various issues that drugs represent to societies. Legislation is only one such tool. The social and economic costs of illegal drugs affect many aspects of society through lower productivity and business loss, hours of hospitalization and medical treatment of all kinds, police time and prison time, and broken or lost lives. Even if no one can pinpoint the exact figures, a portion of these costs arise, not from the substances themselves, but from the fact that they are criminalized. In fact, more than for any other illegal drug, its criminalization is the principal source of social and economic costs. However, in spite of the fact that the principal social costs of drugs affect business, health and family, the emphasis on the legal debate tips the scales of public action in favour of law enforcement agencies. No one can deny that their work is necessary to ensure public order and peace and fight organized crime. At the same time, over 90% of resources are spent on enforcing the law, the most visible actions with respect to drugs in the public sphere are police operations and court decisions and, at least with respect to cannabis, the law lags behind individual attitudes and opinions, thus creating a huge gap between needs and practice.

Most national strategies display a similar imbalance. The national strategies that appear to have the greatest chance of success, however, are those that strive to correct the imbalance. These strategies have introduced knowledge and observation tools, identified indicators of success with respect to their objectives, and established a veritable nerve centre for implementing and monitoring public policy. The law, criminal law especially, is put in its proper place as one method among many of reaching the defined objectives, not an aim in itself.

This chapter is divided into three sections. The first examines the effectiveness of legal measures for fighting drugs, and shows that legal systems have little effect on consumption or supply. The second section describes the various components of a public policy. The third considers the direction of criminal policy, and defines the main terms used: decriminalization, depenalization, diversion, legalization, and regulation.

In our view, it is clear that if the aim of public policy is to diminish consumption and supply of drugs, specifically cannabis, all signs indicate

complete failure. One might think the situation would be worse if not for current anti-drug action. This may be so. Conversely, one might also think that the negative impact of anti-drug programs that are currently centre stage are greater than the positive effect, specifically non-compliance with laws that are inconsistent with majority attitudes and behaviour. One of the reasons for this failure is the excessive emphasis placed on criminal law in a context where prohibition of use and a drug-free society appear to remain the omnipresent and determining direction of current public policies.

We think that a public policy **on psychoactive substances must be both integrated and adaptable, target at-risk uses and behaviours and abuses based on a public health approach that neither trivializes nor marginalizes users**. Implementation of such a policy must be multifaceted.

Some say that decriminalization is a step in the right direction, one that gives society time to become accustomed to cannabis, to convince opponents that chaos will not result, to adopt effective preventive measures. We believe however that **this approach is in fact the worst case scenario, depriving the State of a necessary regulatory tool for dealing with the entire production, distribution, and consumption network, and delivering hypocritical messages at the same time.**

In our opinion, the data we have collected on cannabis and its derivatives provide sufficient grounds for our general conclusion that the **regulation of the production, distribution and consumption of cannabis, inasmuch as it is part of an integrated and adaptable public policy, is best able to respond to the principles of autonomy, governance that fosters human responsibility and limitation of penal law to situations where there is demonstrable harm to others. A regulatory system for cannabis should permit, specifically:**

- *more effective targeting of illegal traffic and a reduction in the role played by organized crime;*
- *prevention programs better adapted to the real world and better able to prevent and detect at-risk behaviour;*
- *enhanced monitoring of products, quality and properties;*
- *better user information and education; and*
- *respect for individual and collective freedoms, and legislation more in tune with the behaviour of Canadians.*

In our opinion, Canadian society is ready for a responsible policy of cannabis regulation that complies with these basic principles.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The Senate Special Committee on Illegal Drugs' mandate was to examine Canada's public policy approach in relation to cannabis and assess its effectiveness and impact in light of the knowledge of the social and health-related effects of cannabis and the international context. Over the past two years, the Committee has heard from Canadian and foreign experts and reviewed an enormous amount of scientific research. The Committee has endeavoured to take the pulse of Canadian public opinion and attitudes and to consider the guiding principles that are likely to shape public policy on illegal drugs, particularly cannabis. Our report has attempted to provide an update on the state of knowledge and the key issues, and sets out a number of conclusions in each chapter.

This final section sets out the main conclusions drawn from all this information and presents the resulting recommendations derived from the thesis we have developed namely: ***in a free and democratic society, which recognizes fundamentally but not exclusively the rule of law as the source of normative rules and in which government must promote autonomy as far as possible and therefore make only sparing use of the instruments of constraint, public policy on psychoactive substances must be structured around guiding principles respecting the life, health, security and rights and freedoms of individuals, who, naturally and legitimately, seek their own well-being and development and can recognize the presence, difference and equality of others.***

LE DAIN – THIRTY YEARS AGO ALREADY

Thirty years ago, the Le Dain Commission released its report on cannabis. This Commission had far greater resources than we did. However, we had the benefit of Le Dain's work, a much more highly developed knowledge base since then and of thirty years' historical perspective.

The Commission concluded that the criminalization of cannabis had no scientific basis. Thirty years later, we confirm this conclusion and add that continued criminalization of cannabis remains unjustified based on scientific data on the danger it poses.

The Commission heard and considered the same arguments on the dangers of using cannabis: apathy, loss of interest and concentration, learning difficulties. A majority of the Commissioners concluded that these concerns, while unsubstantiated, warranted a restrictive policy. Thirty years later, we assert that the studies done in the meantime have not confirmed the existence of the so-called amotivational syndrome

and add that most studies rule out this syndrome as a consequence of the use of cannabis.

The Commission concluded that not enough was known about the long-term and excessive use of cannabis. We assert that these types of use exist and may present some health risks; excessive use, however, is limited to a minority of users. Public policy, we would add, must provide ways to prevent and screen for at-risk behaviour, something our policies have yet to do.

The Commission concluded that the effects of long-term use of cannabis on brain function, while largely exaggerated, could affect adolescent development. We concur, but point out that the long-term effects of cannabis use appear reversible in most cases. We note also that adolescents who are excessive users or become long-term users are a tiny minority of all users of cannabis. Once again, we would add that a public policy must prevent use at an early age and at-risk behaviour.

The Commission was concerned that the use of cannabis would lead to the use of other drugs. Thirty years' experience in the Netherlands disproves this clearly, as do the liberal policies of Spain, Italy and Portugal. And here in Canada, despite the growing increase in cannabis users, we have not had a proportionate increase in users of hard drugs.

The Commission was also concerned that legalization would mean increased use, among the young in particular. We have not legalized cannabis, and we have one of the highest rates in the world. Countries adopting a more liberal policy have, for the most part, rates of usage lower than ours, which stabilized after a short period of growth.

Thirty years later, we note that:

- Billions of dollars have been sunk into enforcement without any greater effect. There are more consumers, more regular users and more regular adolescent users;
- Billions of dollars have been poured into enforcement in an effort to reduce supply, without any greater effect. Cannabis is more available than ever, it is cultivated on a large scale, even exported, swelling coffers and making organized crime more powerful; and
- There have been tens of thousands of arrests and convictions for the possession of cannabis and thousands of people have been incarcerated. However, use trends remain totally unaffected and the gap the Commission noted between the law and public compliance continues to widen.

It is time to recognize what is patently obvious: our policies have been ineffective, because they are poor policies.

INEFFECTIVENESS OF THE CURRENT APPROACH

No clearly defined federal or national strategy exists. Some provinces have developed strategies while others have not. There has been a lot of talk but little significant action. In the absence of clear indicators accepted by all stakeholders to assess Canadian public policy, it is difficult to determine whether action that has been taken is effective.

Given that policy is geared to reducing demand (i.e. drug-use rates) and supply (by reducing the availability of drugs and pushing up drug prices), both these indicators may be used. A look at trends in cannabis use, both among adults and young people, **forces us to admit that current policies are ineffective**. In Chapter 6, we saw that trends in drug-use are on the increase. If our estimates do indeed reflect reality, no fewer that 2million Canadians aged between 18 and 65 have used cannabis at least once over the past 12 months, while at least 750,000 young people between the ages of 14 and 17 use cannabis at least once per month, one third of them on a daily basis. This proportion appears, at least in the four most highly-populated provinces, to be increasing. Statistics suggest that both use and at-risk use is increasing.

Of course, we must clearly establish whether the ultimate objective is a drug-free society, at least one free of cannabis, or whether the goal is to reduce at-risk behaviour and abuse. This is an area of great confusion, since Canadian public policy continues to use vague terminology and has failed to establish whether it focuses on substance abuse as the English language terminology used in several documents seems to suggest or on drug-addiction as indicated by the French language terminology.

It is all very well to criticize the "trivialization" of cannabis in Canada, to "explain" increases in use, but it must also be established why, if this is indeed the case, this trivialization has occurred. It is also important to identify the root cause of this trivialization against a backdrop of mainly anti-drug statements. The courts and their lenient attitude might be blamed for this. Perhaps the judiciary is at the forefront of those responsible for cannabis policies and the enforcement of the law. It must also be determined whether sentences are really as lenient as some maintain. A major issue to be addressed is whether harsher sentences would indeed be an effective deterrent given that the possibility of being caught by the police is known to be a much greater deterrent. Every year, over 20,000 Canadians are arrested for cannabis possession. This figure might be as high as 50,000 depending on how the statistics are interpreted. No matter what the numbers, they are too high for this type of conduct. However, even those numbers are laughable number when compared to the three million people who have used cannabis over the past 12 months. We should not think that the number of arrests could be significantly increased even if billions more dollars were allocated to police enforcement. Indeed, such a move should not even be considered.

A look at the availability and price of drugs, **forces us to admit that supply-reduction policies are ineffective**. Throughout Canada, above all in British Columbia

and Quebec, the cannabis industry is growing, flooding local markets, irritating the United States and lining the pockets of criminal society. Drug prices have not fallen but quality has improved, especially in terms of THC content – even if we are sceptical of the reported scale of this improvement. Yet, police organizations already have greater powers and latitude – especially since the September 11, 2001 tragedy – in relation to drugs than in any other criminal matter. In addition, enforcement now accounts for over 90 % of all spending related to illegal drugs. To what extent do we want to go further down this road?

Clearly, current approaches are ineffective and inefficient. Ultimately, their effect amounts to throwing taxpayers' money down the drain in a crusade that is not warranted by the danger posed by the substance. It has been maintained that drugs, including cannabis, are not dangerous because they are illegal but rather are illegal because they are dangerous. This is perhaps true of other types of drugs, but not of cannabis. We should state this clearly once and for all, for public good: it is time to stop this crusade.

PUBLIC POLICY BASED ON GUIDING PRINCIPLES

However much we might wish good health and happiness for everyone, we all know how fragile they are. Above all, we realize that health and happiness cannot be forced on a person, especially not by criminal law based on a specific concept of what is morally 'right'. No matter how attractive calls for a drug-free society might be, and even if some people might want others to stop smoking, drinking alcohol, or smoking joints, we all realize that these activities are part of our social reality and the history of humankind.

Consequently, what role should the State play? It should neither abdicate responsibility and allow drug markets to run rife, nor should it impose a particular way of life on people. We have opted, instead, for a concept whereby public policy **promotes and supports freedom for individuals and society as a whole**. For some, this would undoubtedly mean avoiding drug use. However, for others, the road to freedom might be via drug use. For society as a whole, in practice, this concept means a State that does not dictate what should be consumed and under what form. Support for freedom necessarily means flexibility and adaptability. It is for this reason that public policy on cannabis has to be clear while at the same time tolerant, to serve as a guide while at the same time avoiding imposing a single standard. This concept of the role of the State is based on the **principle of autonomy and individual and societal responsibility.** Indeed, it is much more difficult to allow people to make their own decisions because there is less of an illusion of control. It is just that: an illusion. We are all aware of that. It is perhaps sometimes comforting, but is likely to lead to abuse and unnecessary suffering. An ethic of responsibility teaches social expectations, expectations not to use drugs in public or sell them to children and responsible

behaviour, recognizing at-risk behaviour and being able to use moderately, and supports people facing hardship by providing a range of treatment.

From this concept of government action ensues a limited role for criminal law. As far as cannabis is concerned, **only behaviour causing demonstrable harm to others should be prohibited**: illegal trafficking, selling to minors and impaired driving.

Public policy shall also draw on available knowledge and scientific research but without expecting science to provide the answers to political issues. Indeed, scientific knowledge does have a major role to play **in supporting decision-making,** at both the individual and government levels. But science should play no greater role. It is for this reason that the Committee considers that a drug and dependency monitoring agency and a research program should be set up to help future decision-makers.

A CLEAR AND COHERENT FEDERAL STRATEGY

Although the Committee has focused on cannabis, we have nevertheless observed inherent shortcomings in the federal drug strategy. Quite obviously, there is no real strategy or focused action. Behind the assumed leadership provided by Health Canada there emerges a lack of necessary tools for action, a patchwork of ad hoc approaches varying from one substance to another and piecemeal action by various departments. Of course, co-ordinating bodies do exist, but lack real tools and clear objectives, each focusing its action according to its own particular priorities. This state of affairs has resulted in a whole series of funded programs being developed without any tangible cohesion.

Many stakeholders have expressed their frustration to the Committee at the apparently vanishing pieces of the puzzle and at the whole gamut of incoherent decisions, that cause major friction on the front lines. Various foreign observers also expressed their surprise that a country as rich as Canada, which is not immune to psychoactive substance-related problems, did not have a "champion", a spokesperson or a figure of authority able to fully grasp the real issues and obtain genuine cooperation from all of the stakeholders.

It is for this reason that we are recommending the creation of the position of National Advisor on Psychoactive Substances and Dependency to be attached to the Privy Council. We do not envisage this as a superstructure responsible for managing budgets and action related to psychoactive substances. We favour an approach similar to that of the *Mission interministérielle à la drogue et à la toxicomanie* in France over one modelled on that of the United States' Office of National Drug Control Policy. The Advisor would have a small dedicated staff, the majority of whom would be on assignment from various federal departments and bodies involved in drug issues.

The Advisor would be responsible: for advising the Cabinet and the Prime Minister on national and international psychoactive substance-related issues; for ensuring coordination between federal departments and agencies; for overseeing the

development of federal government psychoactive substance-related objectives and ensuring these objectives are satisfied; and to serve as a Canadian government spokesperson on issues related to psychoactive substances at an international level.

Recommendation 1

The Committee recommends that the position of National Advisor on Psychoactive Substances and Dependency be created within the Privy Council Office; that the Advisor be supported by a small secretariat and that the necessary staff be assigned by federal departments and agencies involved with psychoactive substances on request.

NATIONAL STRATEGY SUSTAINED BY ADEQUATE RESSOURCES AND TOOLS

A federal policy and strategy do not in themselves make a national strategy. Provinces, territories, municipalities, community organizations and even the private sector all have a role to play in accordance with their jurisdiction and priorities. This is necessary and this diversity is worth encouraging. However, some harmonization and meaningful discussion on practices and pitfalls, on progress and setbacks, and on knowledge are to be encouraged. Apart from those provided by the resource-starved piecemeal actions of the Canadian Centre on Substance Abuse, there are all too few opportunities and schemes to promote exchanges of this type. **The current and future scale of drug and dependency-related issues warrants that the Canadian government earmark the resources and establish the tools with which to develop fair, equitable and considered policies**.

Like the majority of Canadian and foreign observers of the drug situation, we were struck by the relative lack of tools and measures for determining and following up on the objectives of public psychoactive substance policy. One might not agree with the numbers-focused goals set out by the Office of National Drug Control Policy for the reduction of drug use or for the number of drug treatment programs set up and evaluated. However, we have to admit that at least these figures serve as guidelines for all stakeholders and as benchmarks against which to measure success.

Similarly, one might not feel totally comfortable with the complex Australian goal-definition process, whereby the whole range of partners from the various levels of government, organizations and associations meet at a conference every five years to review goals. However, at least those goals agreed upon by the various stakeholders constitute a clear reference framework and enable better harmonization of action.

The European monitoring system with its focal points in each country of the European Union under the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction umbrella might seem cumbersome; and the American system of conducting various annual epidemiological studies might appear expensive. We might even

acknowledge that there are problems with epidemiological studies, which are far from providing a perfect picture of the psychoactive substance use phenomena. However, at least these tools, referred to and used throughout the western world, permit the development of a solid information base with which to analyse historical trends, identify new drug-use phenomena and react rapidly. In addition, it allows for an assessment of the relevance and effectiveness of action taken. No system of this type exists in Canada, which is the only industrialized western country not to have such a knowledge structure.

It is for these reasons that the Committee recommends that the Government of Canada support various initiatives to develop a genuine national strategy. Firstly, the Government should call a national conference of the whole range of partners with a view to setting out goals and priorities for action over a five-year period. This conference should also identify indicators to be used in measuring progress at the end of the five-year period. Secondly, the Canadian Centre on Substance Abuse needs to be renewed. Not only does this body lack resources but it is also subject to the vagaries of political will of one Minister, the Minister of Health. The Centre should have a budget in proportion with the scale of the psychoactive substance problem and should have the independence required to address this issue. Lastly, a Canadian Monitoring Agency on Drugs and Dependency should be created within the Centre.

Recommendation 2

The Committee recommends that the Government of Canada mandate the National Advisor on Psychoactive Substances and Dependency to call a high-level conference of key stakeholders from the provinces, territories, municipalities and associations in 2003, to set goals and priorities for action on psychoactive substances over a five-year period.

Recommendation 3

The Committee recommends that the Government of Canada amend the enabling legislation of the Canadian Centre on Substance Abuse to change the Centre's name to the *Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency*; make the Centre accountable to Parliament; provide the Centre with an annual basic operating budget of $15 million to be increased annually; require the Centre to table an annual report on actions taken, key issues, research and trends in Parliament and in the provincial and territorial legislatures; mandate the Centre to ensure national coordination of research on psychoactive substances and dependency and to conduct studies into

specific issues; and mandate the Centre to undertake an assessment of the national strategy on psychoactive substance and dependency every five years.

Recommendation 4
The Committee recommends that, in the legislation creating the Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency, the Government of Canada specifically include provision for the setting up of a Monitoring Agency on Psychoactive Substances and Dependency within the Centre; provide that the Monitoring Agency be mandated to conduct studies every two years, in cooperation with relevant bodies, on drug-use trends and dependency problems in the adult population; work with the provinces and territories towards increased harmonization of studies of the student population and to ensure they are carried out every two years; conduct ad hoc studies on specific issues; and table a bi-annual report on drug-use trends and emerging problems.

A PUBLIC HEALTH POLICY

When cannabis was listed as a prohibited substance in 1923, no public debate or discussion was held on the known effects of the drug. In fact, opinions expressed were disproportionate to the dangers of the substance. Half a century later, the Le Dain Royal Commission of Inquiry on the Non-Medical Use of Drugs held a more rational debate on cannabis and took stock of what was known about the drug. Commissioners were divided not so much over the nature and effects of the drug but rather over the role to be played by the State and criminal law in addressing public health-related goals. Thirty years after the Le Dain Commission report, we are able to categorically state that, **used in moderation, cannabis in itself poses very little danger to users and to society as a whole, but specific types of use represent risks for users**.

In addition to being ineffective and costly, criminalization leads to a series of harmful consequences: users are marginalized and exposed to discrimination by the police and the criminal justice system; society sees the power and wealth of organized crime enhanced as criminals benefit from prohibition; and governments see their ability to prevent at-risk use diminished.

We would add that, **even if cannabis were to have serious harmful effects, one would have to question the relevance of using the criminal law to limit these effects**. We have demonstrated that criminal law is not an appropriate governance tool for matters relating to personal choice and that prohibition is known to result in harm

which often outweighs the desired positive effects. However, current scientific knowledge on cannabis, its effects and consequences are such that this issue is not relevant to our discussion.

Indeed available data indicate that the scale of the cannabis use phenomenon can no longer be ignored. Chapter 6 indicated that no fewer than 30% of Canadians (12 to 64 years old) have experimented with cannabis at least once in their lifetime. In all probability, this is an underestimation. We have seen that approximately 50% of high school students have used cannabis within the past year. Nevertheless, a high percentage of them stop using, and the vast majority of those who experiment do not go on to become regular users. Even among regular users, only a small proportion develop problems related to excessive use, which may include some level of psychological dependency. Consumption patterns among cannabis users do not inevitably follow an upward curve but rather a series of peaks and valleys. Regular users also tend to have a high rate of consumption in their early twenties, which then either drops off or stabilizes, and in the vast majority of cases, most often ceasing altogether in their thirties.

All of this does not in any way mean, however, that cannabis use should be encouraged or left unregulated. Clearly, it is a psychoactive substance with some effects on cognitive and motor functions. When smoked, cannabis can have harmful effects on the respiratory airways and is potentially cancerous. Some vulnerable people should be prevented, as much as possible, from using cannabis. This is the case for young people under 16 years of age and those people with particular conditions that might make them vulnerable, for example those with psychotic predispositions. As with alcohol, adult users should be encouraged to use cannabis in moderation. Given that, as for any substance, at-risk use does exist, preventive measures and detection tools should be established and treatment initiatives must be developed for those who use the drug excessively. Lastly, it goes without saying that education initiatives and severe criminal penalties must be used to deter people from operating vehicles under the influence of cannabis.

As for any other substance, there is at-risk use and excessive use. There is no universally accepted criterion for determining the line between regular use, at-risk use and excessive use. The context in which use occurs, the age at which users were introduced to cannabis, substance quality and quantity are all factors that play a role in the passage from one type of use to another. Chapters 6 and 7 identified various criteria, which we have collated in table form below.

Proposed Criteria for Differentiating Use Types

	Environment	Quantity	Frequency	Period of use and intensity
Experimental / Occasional	Curiosity	Variable	A few times over lifetime	None
Regular	Recreational, social Mainly in evening Mainly in a group	A few joints Less than one gram per month	A few times per month	Spread over several years but rarely intensive
At-risk	Recreational and occupational (to go to school, to go to work, for sport…) Alone, in the morning Under 16 years of age	Between 0.1 and 1 gram per day	A few times per week, evenings, especially weekends	Spread over several years with high intensity periods
Excessive	Occupational and personal problems No self regulation of use	Over one gram per day	More than once per day	Spread over several years with several months at a time of high intensity use

Even if **cannabis itself poses very little danger to the user and to society as a whole, some types of use involve risks**. It is time for our public policy to recognize this and to **focus on preventing at-risk use and on providing treatment for excessive cannabis users**.

Recommendation 5

The Committee recommends that the Government of Canada adopt an integrated *policy on the risks and harmful effects of psychoactive substances* covering the whole range of substances (medication, alcohol, tobacco and illegal drugs). With respect to cannabis, this policy should focus on educating users, detecting and preventing at-risk use and treating excessive use.

A REGULATORY APPROACH TO CANNABIS

The **prohibition of cannabis does not bring about the desired reduction in cannabis consumption or problematic use**. However, this approach does have a whole series of harmful consequences. Users are marginalized, and over 20,000 Canadians are arrested each year for cannabis possession. Young people in

schools no longer enjoy the same constitutional and civil protection of their rights as others. Organized crime benefits from prohibition and the criminalization of cannabis enhances their power and wealth. Society will never be able to stamp out drug use – particularly cannabis use.

Some might believe that an alternative policy signifies abandoning ship and giving up on promoting well-being for Canadians. Others might maintain that a regulatory approach would fly in the face of the fundamental values of our society. We believe, however, that the continued prohibition of cannabis jeopardizes the health and well-being of Canadians much more than does the substance itself or the regulated marketing of the substance. In addition, we believe that the continued criminalization of cannabis undermines the fundamental values set out in the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* and confirmed in the history of a country based on diversity and tolerance.

We do not want to see cannabis use increase, especially among young people. Of note, the data from other countries that we compared in Chapters 6 and 20 indicate that countries such as the Netherlands, Australia and Switzerland, which have put in place a more liberal approach, have not seen their long-term levels of cannabis use rise. The same data also clearly indicate that countries with a very restrictive approach, such as Sweden and the United States, are poles apart in terms of cannabis use levels and that countries with similar liberal approaches, such as the Netherlands and Portugal, are also at opposite ends of the spectrum, falling somewhere between Sweden and the United States. We have concluded that public policy itself has little effect on cannabis use trends and that other more complex and poorly understood factors play a greater role in explaining the variations.

An exemption regime making cannabis available to those over the age of 16 could probably lead to an increase in cannabis use for a certain period. Use rates would then level off as interest wanes and as effective prevention programs are set up. A roller coaster pattern of highs and lows would then follow, as has been the case in most other countries.

This approach is neither one of total abdication nor an indication of abandonment but rather a vision of the role of the State and criminal law as **developing and promoting but not controlling human action** and as **stipulating only necessary prohibitions** relating to the fundamental principle of respect for life, other persons and a harmonious community, and as **supporting and assisting others, not judging and condemning difference**.

We might wish for a drug-free world, fewer smokers or alcoholics or less prescription drug dependency, but we all know that we shall never be able to eliminate these problems. More importantly, we should not opt to criminalize them. The Committee believes that the same healthy and respectful approach and attitude should be applied to cannabis.

It is for this reason that the Committee recommends that the Government of Canada amend the *Controlled Drugs and Substances Act* to create a criminal exemption scheme, under which the production and sale of cannabis would be licensed. Licensing

and the production and sale of cannabis would be subject to specific conditions, which the Committee has endeavoured to specify. For clarity's sake, these conditions have been compiled at the end of this section. It should be noted at the outset that the Committee suggests cigarette manufacturers should be prohibited from producing and selling cannabis.

Recommendation 6
The Committee recommends that the Government of Canada amend the *Controlled Drugs and Substances Act* to create a criminal exemption scheme. This legislation should stipulate the conditions for obtaining licences as well as for producing and selling cannabis; criminal penalties for illegal trafficking and export; and the preservation of criminal penalties for all activities falling outside the scope of the exemption scheme.

Recommendation 7
The Committee recommends that the Government of Canada declare an amnesty for any person convicted of possession of cannabis under current or past legislation.

A COMPASSION-BASED APPROACH FOR THERAPEUTIC USE

In Chapter 9, we noted that cannabis has not been approved as a medicinal drug in the pharmacological sense of the word. In addition to the inherent difficulties in conducting studies on the therapeutic applications of cannabis, there are issues arising from the current legal environment and the undoubtedly high cost to governments of conducting such clinical studies.

Nevertheless, we do not doubt that for some medical conditions and for certain people cannabis is indeed an effective and useful therapy. Is it more effective than other types of medication? Perhaps not. Can physicians currently prescribe cannabis at a known dosage? Undoubtedly not. Should persons suffering from certain physical conditions diagnosed by qualified practitioners be permitted to use cannabis if they wish to do so? Of this, we are convinced.

The regulations made in 2001 by Health Canada, even though they are a step in the right direction, are fundamentally unsatisfactory. They do not facilitate access to therapeutic cannabis. They do not consider the experience and expertise available in compassion clubs. These regulations only govern marijuana and do not include cannabis derivatives such as hashish and cannabis oils.

It is for these reasons that the Committee recommends that Health Canada amend the *Marihuana Medical Access Regulations* in order to allow compassionate access to cannabis and its derivatives. As in the previous chapter, proposed rules have been compiled at the end of this chapter.

Recommendation 8

The Committee recommends that the *Marijuana Medical Access Regulations* be amended to provide new rules regarding eligibility, production and distribution with respect to cannabis for therapeutic purposes. In addition, research on cannabis for therapeutic purposes is essential.

PROVISIONS FOR OPERATING A VEHICLE UNDER THE INFLUENCE OF CANNABIS

In Chapter 8, we discussed the fact that research has not clearly established the effects of cannabis when taken alone on a person's ability to operate a vehicle. Nevertheless, there is enough evidence to suggest that operating a vehicle while under the influence of cannabis alters motor functions and affects a person's ability to remain in his or her lane. We have also established that the combined effects of cannabis and alcohol impair faculties even more than does alcohol taken alone. Epidemiological studies have shown that a certain number of cannabis users do drive under the influence of the substance and that a large proportion of these people, mainly the young, appear to believe that cannabis does not impair their ability to drive.

This chapter also indicated that no reliable and non-intrusive roadside detection tools exist. Saliva-based equipment is a promising development but for the time being, provide random results. We have also established that a visual recognition system, which has mainly been developed and assessed in the United States, is a reliable way of detecting drug-induced impaired driving faculties.

Recommendation 9

The Committee recommends that the Criminal Code be amended to lower permitted alcohol levels to 40 milligrams of alcohol per 100 millilitres of blood, in the presence of other drugs, especially, but not exclusively cannabis; and to admit evidence from expert police officers trained in detecting persons operating vehicles under the influence of drugs.

RESEARCH

Research on psychoactive substances, and particularly on cannabis, has undergone a boom over the past 20 years. The Committee was able to fully grasp the actual extent of this increase since we faced the challenge of summarizing it. Not all research is of the same quality and the current political and legal climate governing cannabis hampers thorough and objective studies. Nevertheless, a solid fact base was available to the Committee, on which to establish its conclusions and recommendations.

However, more research needs to be done in a certain number of specific areas. In Chapter 6, we established that a lack of practical research on cannabis users has resulted in only a limited amount of information on contexts of use being available. It is also currently difficult to establish criteria on the various types of cannabis use in order to guide those responsible for prevention. The Committee suggests that cannabis use of over one gram per day constitutes excessive use and that between 0.1 and one gram per day equates to at-risk use. We also suggest that any use below 16 years of age is at-risk use. This is of course enlightened speculation, but speculation nevertheless, which remains to be explored.

In Chapters 16 and 17, we referred to the fact that we know very little about the most effective prevention practices and treatment. Here also, the current context hindered. As far as prevention is concerned, the more or less implicit *"just say no"* message and the focus on cannabis use prevention are strategies that have been dictated by the prohibition-based environment. In terms of treatment for problem users, abstinence-based models have long been the dominant approach and continue to sit very poorly with harm-reduction-based models. Thorough assessment studies are required.

The Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency must play a key role in co-ordinating and publishing the results of studies. The Centre does not have to conduct research itself. This can and indeed must sometimes be carried out by academics. The Health Research Institutes are also natural players. However, it is important to clearly identify a single central body to collect research information. This will enable the information to be distributed as widely possible and, we hope, used.

Recommendation 10

The Committee recommends that the Government of Canada create a national fund for research on psychoactive substances and dependency to fund research on key issues, more particularly on various types of use, on the therapeutic applications of cannabis, on tools for detecting persons operating vehicles under the influence of drugs and on effective prevention and treatment programs; that the Government of Canada mandate the Canadian Centre on

Psychoactive Substances and Dependency to co-ordinate national research and serve as a resource centre.

CANADA'S INTERNATIONAL POSITION

The Committee is well aware that were Canada to choose the rational approach to regulating cannabis we have recommended, it would be in contravention of the provisions of the various international conventions and treaties governing drugs. We are also fully aware of the diplomatic implications of this approach, in particular in relation to the United States.

We are keen to avoid replicating, at the Canada - US border, the problems that marked relations between the Netherlands, France, Belgium and Germany over the issue of drug tourism between 1985 and 1995. This is one of the reasons that justifies restricting the distribution of cannabis for recreational purposes to Canadian residents.

We are aware of the fact that a proportion of the cannabis produced in Canada is exported, mainly to the United States. We are also aware that a considerable proportion of heroin and cocaine comes into Canada via the United States. We are particularly cognisant of the fact that Canadian cannabis does not explain the increase in cannabis use in the United States. It is up to each country to get its own house in order before criticizing its neighbour.

Internationally, Canada will either have to temporarily withdraw from the conventions and treaties or accept that it will be in temporary contravention until the international community accedes to its request to amend them. The Committee opts for the second approach, which seems to us to be more consistent with the tradition and spirit of Canadian foreign policy. In addition, we have seen that international treaties foster the imbalanced relationship between the northern and southern hemispheres by prohibiting access to plants, including cannabis, produced in the southern hemisphere, while at the same time developing a regulatory system for medication manufactured by the pharmaceutical industry in the northern hemisphere. Canada could use this imbalanced situation to urge the international community to review existing treaties and conventions on psychoactive substances.

Canada can and indeed should provide leadership on drug policy. Developing a national information and action infrastructure would undoubtedly be key to this. **Canada must also play a leading role in the Americas**. We believe that Canada enjoys a favourable international reputation and that it can promote the development of fairer and more rational drug, in particular cannabis policies. We also contend that Canada should strive for the creation of a European observatory style Drug and Dependency Monitoring Agency for the Americas within the Organization of American States.

Recommendation 11

The Committee recommends that the Government of Canada instruct the Minister of Foreign Affairs and International Trade to inform the appropriate United Nations authorities that Canada is requesting an amendment to the conventions and treaties governing illegal drugs; and that the development of a Drugs and Dependency Monitoring Agency for the Americas be supported by the Government of Canada.

PROPOSALS FOR IMPLEMENTING THE REGULATION OF CANNABIS FOR THERAPEUTIC AND RECREATIONAL PURPOSES

Amendments to the
Marijuana Medical Access Regulations
(Production and sale of cannabis for therapeutic purposes)

A. Eligible person

A person affected by one of the following: wasting syndrome; chemotherapy treatment; fibromyalgia; epilepsy; multiple sclerosis; accident-induced chronic pain; and some physical condition including migraines and chronic headaches, whose physical state has been certified by a physician or an individual duly authorized by the competent medical association of the province or territory in question, may choose to buy cannabis and its derivatives for therapeutic purposes. The person shall be registered with an accredited distribution centre or with Health Canada.

B. Licence to distribute

A Canadian resident may obtain a licence to distribute cannabis and its derivatives for therapeutic purposes. The resident must undertake to only sell cannabis and its derivatives to eligible persons; to only sell cannabis and its derivatives purchased from producers duly licensed for this purpose; to keep detailed records on the medical conditions and their development, consumption and the noted effects on patients; to take all measures needed to ensure the safety of the cannabis products and to submit to departmental inspections.

C. Licence to produce

A Canadian resident may obtain a licence to produce cannabis and its derivatives for therapeutic purposes. The resident must undertake: to not hold a licence to produce cannabis for non therapeutic purposes; to take the measures necessary to ensure the consistency, regularity and quality of crops; to take the measures necessary to ensure the security of production sites; to know and document the properties and concentrations of each harvest with respect to Delta 9 THC; to sell only to accredited distribution centres and to submit to departmental inspections.

D. Other proposals

- Ensure that expenses relating to the use of cannabis for therapeutic purposes will be eligible for a medical expenses tax credit;
- Establish a program of research into the therapeutic applications of cannabis, by providing sufficient funding; by mandating the Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency to co-ordinate the research program; and by providing for the systematic study of clinical cases based on the documentation available in organizations currently distributing cannabis for therapeutic purposes and in future distribution centres; and
- Ensure that the advisory committee on the therapeutic use of cannabis represents all players, including distribution centres and users.

Amendment to the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA) (Production and sale of cannabis for non therapeutic purposes)

A. General aims of the bill

- To reduce the injurious effects of the criminalization of the use and possession of cannabis and its derivatives;
- To permit persons over the age of 16 to procure cannabis and its derivatives at duly licensed distribution centres; and
- To recognize that cannabis and its derivatives are psychoactive substances that may present risks to physical and mental health and, to this end, to regulate the use and trade of these substances in order to prevent at-risk use and excessive use.

B. Licence to distribute

Amend the Act to create a scheme providing for exemption to the criminal offences provided in the CDSA with respect to the distribution of cannabis. A Canadian resident may obtain a licence to distribute cannabis. The resident must undertake **not to distribute to persons under the age of 16; must never have been sentenced for a criminal offence, with the exception of offences related to the possession of cannabis, for which an amnesty will be declared**; and must agree to procure cannabis only from duly licensed producers. In addition, in accordance with potential restrictions under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, licensed distributors shall not display products explicitly and shall not advertise in any manner.

C. Licence to produce

Amend the Act to create an exemption to the criminal offences provided in the CDSA with respect to the production of cannabis. A Canadian resident may obtain a licence to produce cannabis. The resident must undertake to only sell to duly licensed distributors; to sell only marijuana and hashish with a THC content of 13% or less; to limit production to the quantity specified in the licence; to take the measures needed to ensure the security of production sites; to keep detailed records of quantities produced, crops, levels of THC concentration and production conditions; and to submit to departmental inspections. No person charged with and sentenced for criminal offences, with the exception of the possession of cannabis, for which an amnesty will be declared, shall be granted a licence. No person or legal entity, directly or indirectly associated with the production, manufacture, promotion, marketing or other activity connected with tobacco products and derivatives shall be granted a licence. In accordance with potential restrictions under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, cannabis products and their derivatives shall not be advertised in any manner.

D. Production for personal use

Amend the Act to create an exemption to the criminal offences provided in the CDSA in order to permit the personal production of cannabis so long as it is not sold for consideration or exchange in kind or other and not advertised or promoted in any other way. In addition, quantities shall be limited to ensure production is truly for personal consumption.

E. Consumption in public

Consumption in public places frequented by young people under 16 years of age shall be prohibited.

F. International trade

All forms of international trade, except those explicitly permitted under the Act shall be subject to the penalties provided in the CDSA for illegal trafficking.

G. Other proposals

- Ensure the establishment of a National Cannabis Board with duly mandated representatives of the federal government and the governments of the provinces and territories. The Board would keep a national register on the production and sale of cannabis and its derivatives, set the amount and distribution of taxes taken on the sale of cannabis products and ensure the taxes collected on the production and sale of cannabis and derivatives are

directed solely to prevention of at-risk use, treatment of excessive users, research and observation of trends and the fight against illegal trafficking.

- The provinces and territories would continue to develop prevention measures that should be directed at at-risk use, as a priority. The Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency should be mandated to collect best treatment practices and ensure an exchange of information on effective practices and their evaluation.
- The provinces and territories would continue to develop support and treatment measures that should be directed at excessive use, as a priority. The Canadian Centre on Psychoactive Substances and Dependency should be mandated to collect best prevention practices and ensure an exchange of information on effective practices and their evaluation.
- Resources available to police and customs to fight smuggling, export in all its forms and cross-border trafficking should be increased.

Sénat Senate

CANADA

LE CANNABIS :

POSITIONS POUR UN RÉGIME DE POLITIQUE PUBLIQUE POUR LE CANADA

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT

SUR LES DROGUES ILLICITES

SOMMAIRE

PRÉSIDENT

PIERRE CLAUDE NOLIN

VICE-PRÉSIDENT

COLIN KENNY

SEPTEMBRE 2002

MEMBRES DU COMITE

SÉNATEURS

Sénateur Tommy BANKS
Sénatrice Sharon CARSTAIRS, c.p. (ex officio)
Sénateur Colin KENNY, vice-président
Sénateur Noël A. KINSELLA (ex officio)
Sénateur John LYNCH-STAUNTON (ex officio)
Sénatrice Shirley MAHEU
Sénateur Pierre-Claude NOLIN, président
Sénateur Fernand ROBICHAUD, c.p. (ex officio)
Sénatrice Eileen ROSSITER

PERSONNEL

Greffier :	Blair Armitage
Greffier adjoint :	Daniel Charbonneau
Greffier adjoint :	Adam Thompson
Directeur de la recherche :	Daniel Sansfaçon
Adjoints à la recherche :	Gérald Lafrenière
	Chantal Collin
	François Dubois
	Barbara Wheelock
Communications :	Jean-Guy Desgagné
	David Newman
	Diane Boucher
Adjointes administrative :	Nicole Bouchard
	Martine de Launière
	Krista Durrell
	Brigitte Martineau

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

Abus
Terme vague qui reçoit une grande variété de significations, selon les contextes sociaux, médicaux, et juridiques. Selon certains, tout usage de drogues illicites est un abus : ainsi, les conventions internationales considèrent l'usage de toute substance prohibée pour des fins autres que médicales ou scientifiques comme un abus. Le Manuel diagnostic de l'Association américaine de psychiatrie définit l'abus comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et suggère 4 critères (voir le chapitre 7 du rapport). Nous lui préférons le concept d'usage excessif (ou usage nocif).

Accoutumance (*de l'anglais addiction*)
Terme général renvoyant aux phénomènes de tolérance et de pharmacodépendance. Le terme accoutumance est rarement utilisé en français qui utilise plutôt le terme toxicomanie.

Addiction
Certains auteurs utilisent ce terme issu de l'anglais pour désigner le processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ces auteurs le préfèrent au concept de dépendance, celui-ci ne permettant pas de travailler sur la période qui précède la dépendance. Nous lui préférons le terme dépendance.

Agoniste
Se dit entre autres d'une substance qui agit sur un récepteur pour produire certaines réponses.

Anandamide
Neurotransmetteur agoniste du système cannabinoïde endogène. Bien que les rôles spécifiques de ces neurotransmetteurs ne soient pas encore définis, ils semblent agir comme des neuromodulateurs ; en effet, le THC augmente la libération de dopamine du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Cannabinoïdes
Récepteurs endogènes des molécules actives du cannabis, notamment le THC. Deux récepteurs endogènes ont été identifiés : CB_1 existent en grande densité dans l'hippocampe, le ganglion basal, les corps cérébelleux, et le cortex cérébral et CB_2, ils sont particulièrement abondants dans le système immunitaire Les effets centraux du cannabis semblent être exclusivement reliés aux récepteurs CB_1.

Cannabis
Il existe trois variétés de plantes de cannabis, le *cannabis sativa*, le *cannabis indica*, et le *cannabis ruredalis*. La plante de la variété *cannabis sativa* est la plus répandue poussant dans presque tous les sols. La plante de cannabis est connue en Chine depuis environ 6000 ans. À partir des sommités florifères de la plante de cannabis, mais aussi parfois des feuilles, on obtient le tabac à fumer. Sous cette forme, l'appellation la plus courante est le pot, mais on le désigne aussi sous le

nom de mari, herbe, dope, ganja. La résine extraite de la plante sert à fabriquer le haschich. Généralement classifié sous les psychotropes, le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. Le cannabis contient plus de 460 produits chimiques connus, dont plus de 60 sont désignés sous le nom de cannabinoïdes. Le principal ingrédient actif du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol, communément appelé THC. D'autres cannabinoïdes présents incluent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabinol et le cannabidiol mais ils sont présents en faibles quantités et n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement des individus, comparativement au THC. Ils peuvent cependant contribuer à moduler l'effet global du produit. Dans le rapport, nous utilisons le terme cannabis pour désigner l'ensemble des produits, et n'utilisons marijuana ou haschich que lorsque nous désignons ces dérivés spécifiquement.

Commission sur les drogues (CND)
La Commission sur les narcotiques a été créé en 1946 par le Conseil économique et social des Nations Unies. La Commission est le principal organisme d'élaboration de politiques sur les drogues au sein du système onusien. Elle examine la situation mondiale relativement à l'abus de drogues et fait des propositions pour renforcer le contrôle international des drogues.

Conduite (ou usage) à risque
Comportement d'usage qui met la personne à risque de développer des problèmes de dépendance à la substance. La conduite à risque se compose de l'interaction complexe entre au moins quatre facteurs : le contexte d'usage, la quantité consommée, la fréquence de la consommation et la durée et l'intensité de la consommation. (Nous proposons des critères à la conclusion du rapport).

Conventions internationales
Sous l'égide de la Société des Nations en 1908 puis des Nations Unies, diverses conventions internationales réglementent la possession, l'usage, la fabrication, la distribution, le commerce, etc., des substances psychotropes. Les trois principales conventions sont celles de 1961, 1971 et 1988. Le Canada a ratifié ces trois conventions. Ces conventions, dont l'application est assujettie aux lois constitutionnelles des signataires, établissent un système de réglementation où seuls les usages aux fins médicales et scientifiques sont permis. Ce système est axé sur la prohibition des plantes source (coca, opium et cannabis) et sur le contrôle des dérivés synthétiques fabriqués par les compagnies pharmaceutiques.

Décriminalisation
Opération consistant à retirer un comportement de la «compétence » du système de justice criminelle. On distingue habituellement entre *décriminalisation de droit (ou de jure)* impliquant une modification *législative* du Code criminel (ou de toute loi de nature criminelle)et *décriminalisation de fait (ou de facto)* où il s'agit d'une décision administrative de ne pas poursuivre le comportement qui demeure cependant illégal. La décriminalisation ne concerne que le Code criminel (ou toute loi de nature criminelle), et ne signifie pas que l'on retire la compétence du système juridique dans son ensemble. D'autres lois non criminelles peuvent réguler et contrôler le comportement qui a été décriminalisé (infractions civiles, réglementaires, etc.).

Déjudiciarisation
Réfère aux mesures alternatives à la poursuite ou à la condamnation pénale d'un acte qui demeure par ailleurs prohibé. La déjudiciarisation peut se faire avant la mise en accusation, par exemple si la personne inculpée consent à suivre un traitement. Elle peut aussi se faire au moment de la sanction, et prend alors la forme de sanctions de travail communautaire ou de traitement.

Demi-vie
Temps requis pour la diminution de moitié de la concentration d'une drogue dans le sang. La demi-vie d'élimination du THC est en moyenne de 4,3 jours. Suite au phénomène de tolérance métabolique, les consommateurs réguliers métabolisent et excrètent le produit plus rapidement que les usagers occasionnels. D'autre part, à cause de sa très grande liposolubilité, l'administration répétée du THC provoque son accumulation dans les graisses. Du fait de ce stockage graisseux, la demi-vie d'élimination tissulaire du THC peut atteindre 7 à 12 jours chez les consommateurs réguliers. La consommation prolongée du cannabis se traduit donc par une période d'élimination plus longue du THC. Ainsi, même après une semaine, 20 à 30 % du THC administré et ses métabolites demeurent dans l'organisme. Le THC et ses métabolites sont graduellement excrétés dans l'urine (environ un tiers) et dans les matières fécales (environ deux tiers). Des traces de THC ou de ses métabolites peuvent être détectées dans l'urine jusqu'à 30 jours après sa consommation.

Dépénalisation
Opération consistant à modifier les peines (sanctions) associées à un acte dans le Code criminel. La dépénalisation signifie la plupart du temps le fait d'abroger les dispositions permettant une sanction d'incarcération.

Dépendance
État où l'usager de drogue continue de consommer même si l'usage entraîne des problèmes qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, ou social. La dépendance est un phénomène complexe qui peut avoir des composantes génétiques. La dépendance psychologique renvoie aux effets psychiques caractérisés par le désir insistant et persistant de consommer la drogue. La dépendance physique renvoie aux mécanismes d'adaptation de l'organisme à la consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance acquise. L'Association psychiatrique américaine propose 7 critères (voir chapitre 7).

Dopamine
Neuromédiateur impliqué notamment dans les mécanismes de perception du plaisir.

Drogue
Terme qui renvoie généralement aux substances illicites par opposition à d'autres substances telles l'alcool, la nicotine ou des médicaments psychotropes. En pharmacologie, le terme réfère à tout agent chimique qui modifie les processus biochimiques ou physiologiques des tissus ou de l'organisme. En ce sens, le terme drogue s'applique à toute substance qui est consommée principalement pour ses effets psychoactifs.

Effets aigus
Se dit des effets résultant de l'action ponctuelle d'un médicament et généralement des effets à court terme. Ces effets peuvent être centraux (sur les fonctions cérébrales) ou périphériques (sur le système nerveux).

Effets chroniques
Se dit des effets qui se développent avec le temps, à la suite de la prise ou de l'administration régulière d'une substance. Dans le rapport, nous avons préféré parler des conséquences de l'usage prolongé plutôt que d'effets chroniques.

Escalade (théorie de)
Théorie qui suggère une séquence progressive dans l'utilisation des drogues, nicotine, alcool, cannabis, puis les drogues « dures ». Elle repose sur une association statistique entre l'usage de drogues dures et le fait que ces personnes aient d'abord consommé du cannabis. Cette théorie n'a reçu aucune validation empirique et est tombée en désuétude.

Haschich
Résine issue de la plante de cannabis et transformée en pâte.

Intoxication
Perturbations qu'exerce une substance sur l'organisme. On distingue généralement quatre niveaux d'intoxication : légère, modérée, grave et mortelle.

Joint
Cigarette de marijuana, avec ou sans tabac. Le fait que deux cigarettes ne soient jamais identiques rend difficile l'analyse scientifique des effets du principe actif, notamment pour les études sur le cannabis thérapeutique.

Légalisation
Système de réglementation permettant la culture, production, fabrication, commercialisation, vente et usage de substances. Un système de légalisation peut être avec (réglementation) ou sans (libre marché) contrôles de l'État.

Liposolubilité
Propriété biophysique d'une substance de se répandre et se dissoudre plus ou moins facilement dans les graisses de l'organisme. Le THC est très liposoluble.

Marijuana
Nom mexicain qui désigne initialement une cigarette de mauvaise qualité. Par extension est devenu un équivalent pour désigner le cannabis.

Narcotique
Substance provoquant un état de torpeur ou un sommeil artificiel.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)
L'OEDT a été créé en 1993 pour apporter à la Communauté européenne et à ses États membres "des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences". Les informations statistiques, documentaires et techniques traitées ou produites par l'Observatoire fournissent à son audience une image d'ensemble sur le phénomène des drogues en Europe. L'Observatoire travaille uniquement dans le domaine de l'information. Il est composé d'un réseau de correspondants nationaux dans chacun des pays de l'Union.

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)
L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS ou Organe) est un organisme de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues; il a été créé en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédentes conventions sur les drogues, dès l'époque de la Société des Nations. L'organe est maintenant chargé de faire des recommandation à la

Commission sur les narcotiques relativement aux substances à placer dans les annexes des conventions.

Organisation mondiale de la santé (OMS)
Créée en 1948, l'OMS est l'agence des Nations Unis spécialisée dans les questions de santé. Son mandat est de favoriser le plus haut degré de santé possible. La santé est définie comme un état global de bien-être physique, psychologique et social et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA
Office national sur la politique de contrôle des drogues. Créé en 1984 sous la présidence Reagan, l'Office relève de la Maison Blanche. L'Office coordonne la politique américaine sur les drogues et gère un budget d'environ 18 milliards $ US par année.

Opiacé
Substance contenant de l'opium ou exerçant une action comparable à celle de l'opium.

Pharmacodépendance
Voir dépendance.

Porte d'entrée (théorie de la)
Aussi nommée théorie de l'introduction. Semblable à la théorie de l'escalade mais renvoie plus spécifiquement au fait que les personnes qui se procurent du cannabis viennent en contact avec des milieux potentiellement criminogènes du fait que le cannabis soit illégal.

Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID)
Mieux connu sous l'acronyme anglais UNDCP. Fondé en 1991, le Programme a pour objectif d'informer le monde sur les dangers de l'abus de drogues. Le programme vise à renforcer l'action internationale contre la production, le trafic et la criminalité reliée aux drogues en proposant des programmes de développement alternatif, de moutoring des cultures et de lutte au blanchiment d'argent. Le programme d'évaluation globale veut aussi fournir des données fiables et le programme d'assistance juridique aide les pays à rédiger des lois adéquates ainsi qu'à former le personnel du système de justice. Le PNUCID relève du Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime.

Prohibition
Terme issu historiquement de la prohibition de l'alcool aux États-Unis entre 1919 et 1933. Par extension, ce terme renvoie aux politiques poursuivies par les États et par les Nations Unies qui visent une société sans drogue. La prohibition est un système fondé sur l'interdiction de la fabrication et de l'usage de drogues à l'exception des usages scientifiques et médicaux.

Psychotrope
Substance qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques. De manière spécifique réfère aux médicaments utilisés dans le traitement de désordres mentaux, tels les neuroleptiques, les anxiolytiques, etc. Renvoie aux médicaments couverts par la Convention de 1971.

Réglementation
Système de contrôle qui précise les conditions sous lesquelles il est permis de fabriquer, produire, commercialiser, prescrire, vendre ou acheter une substance. La réglementation peut être axée sur la prohibition (comme c'est le cas actuellement pour les drogues illicites) ou sur l'accès contrôlé (comme pour les médicaments psychotropes et l'alcool). Notre proposition de régime d'exemption sous conditions repose sur une approche réglementaire.

Société des Nations (SDN)
Prédécesseur de l'ONU, la SDN était l'organisation internationale des états jusqu'en 1938.

Stupéfiant
Se dit souvent des substances dont les effets psychoactifs peuvent entrainer des effets de tolérance et de dépendance. Plus correctement, ce terme ne devrait s'utiliser que pour désigner les dépresseurs du système nerveux central tels les opiacés.

Substance psychoactive
Substance qui modifie les processus mentaux tels la pensée ou les émotions. Terme plus neutre que drogue, et qui ne distingue pas les substances selon leur statut juridique (licites, illicites) c'est celui que nous préférons utiliser dans le rapport.

Tétrahydrocannabinol (Δ9-THC)
Principal composant actif du cannabis, le Δ9-THC est très liposoluble, a une demi-vie d'élimination très longue, et ses effets psychoactifs sont modulés par les autres cannabinoïdes du cannabis. À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5 % et 5 % de concentration en THC. Les modes de culture sophistiqués, la sélection des plants, le choix entre des plants femelles, permettent d'atteindre des concentrations plus élevées, pouvant dans certains cas aller jusqu'à 30 %.

Tolérance
État induit par la consommation chronique d'une substance menant à une diminution de la réponse de l'organisme et une capacité plus grande de supporter ses effets.

Toxicité
Qualité spécifique à une substance d'entrainer l'intoxication. Le cannabis a une toxicité très faible et ne présente à peu près aucun risque de surdose.

Toxicomanie
Terme le plus fréquemment utilisé en langue française pour désigner les phénomènes que l'anglais désigne sous le terme *addiction*. Usage répété d'une ou plusieurs substances de telle sorte que l'usager (alors désigné sous le terme «toxicomane») est en état régulier ou chronique d'intoxication, ressent le besoin de consommer, a de la difficulté à cesser la prise, et cherche à se procurer la substance. Cet état est généralement caractérisé par la tolérance et la dépendance à la substance ainsi que par un usage compulsif. Malgré son usage répandu, l'OMS a recommandé dès 1960 d'en abandonner l'usage pour cause d'imprécision, et de lui préférer le terme de dépendance.

INTRODUCTION

C'est comme tout un chacun que les membres du **Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites** ont abordé la question des drogues. C'est-à-dire avec les mêmes préconceptions, avec les mêmes attitudes de base, les mêmes craintes, les mêmes angoisses. Certes, nous disposions de l'étude que plusieurs de nos collègues avaient faite en 1996 du projet de loi du gouvernement sur les drogues illicites qui leur avait permis d'entendre plusieurs témoins durant quelques mois. Et nous savions aussi, en commençant ce travail, que nous disposerions de l'expertise de chercheurs. Mais qu'on ne se fasse pas d'illusion : il demeure difficile de dépasser les attitudes et opinions longtemps tenues pour acquises. Qu'on soit tenant d'un contrôle pénal renforcé ou tout au contraire d'une libéralisation plus grande, les opinions ont tendance à résister aux faits. D'autant plus que, dans un domaine comme celui-ci, la production des faits, même par la recherche scientifique, n'est pas nécessairement neutre. Il s'ensuit donc que **nous aussi, comme vous,** nous avons nos préjugés et nos préconceptions. Et que nous devons, ensemble, faire l'effort de les dépasser. C'est l'un des objectifs que poursuit ce rapport.

Nous proposons un régime de politique publique qui tente de traduire la thèse fondamentale qui sous-tend notre rapport. Cette thèse est la suivante : ***dans une société libre et démocratique qui reconnaît fondamentalement mais non exclusivement la primauté du droit comme source de règles normatives, et où la puissance publique doit le plus possible favoriser l'autonomie et conséquemment utiliser avec parcimonie les outils de contrainte, une politique publique sur les substances psychoactives doit s'articuler sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité et les droits et libertés de chaque individu qui, naturellement et légitimement, recherche son bien-être et son épanouissement, et a la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre.***

Nous sommes conscients, tout autant qu'au début de nos travaux, qu'il n'existe pas de consensus préétabli dans la société canadienne sur les choix de politiques publiques en matière de cannabis. En fait, nous avons constaté qu'il y a peu de sociétés où existe un consensus largement partagé dans la population et entre la population et les décideurs. Nous sommes conscients, plus encore peut-être qu'au début de nos travaux, que la question du cannabis, vue sous l'angle des politiques publiques qui la gouvernent, s'inscrit dans un contexte international plus large et que nous ne saurions penser ni agir comme si nous étions isolés. Nous sommes conscients, enfin, que nos propositions bousculeront plusieurs préjugés et rencontreront des résistances. Nous pensons cependant que la société canadienne aura la maturité de les recevoir et de les étudier à leur mérite.

PREMIÈRE PARTIE : ORIENTATIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE 1 - NOTRE MANDAT

« Qu'un comité spécial du Sénat soit formé afin de faire rapport sur :

- *l'approche du Canada concernant le chanvre indien (cannabis), ses préparations et dérivés et les préparations synthétiques semblables, en contexte ;*
- *l'efficacité de cette approche, les moyens de sa mise en œuvre ainsi que le contrôle de son application ;*
- *les politiques officielles pertinentes adoptées par d'autres pays ;*
- *le rôle et les obligations internationales qui incombent au Canada en vertu des conventions des Nations Unies sur les stupéfiants relativement au cannabis, de la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres traités connexes ;*
- *les effets sociaux et sanitaires du cannabis et les effets possibles de politiques différentes ;*

Que le comité spécial soit composé de cinq sénateurs dont trois constituent le quorum ;

Que les honorables sénateurs Banks, Kenny, Nolin et Rossiter (le cinquième membre sera nommé par le whip en chef du gouvernement) soient nommés au comité ;

Que le comité ait le pouvoir de faire comparaître des personnes et produire des documents, d'entendre des témoins, de faire rapport au besoin et de faire imprimer au jour le jour documents, mémoires et témoignages selon les instructions du comité ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus lors de l'examen du projet de loi C-8, Loi portant sur la réglementation de certaines drogues et de leurs précurseurs ainsi que d'autres substances, modifiant certaines lois et abrogeant la Loi sur les stupéfiants en conséquence par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles durant la deuxième session de la trente-cinquième législature, soient envoyés au comité ;

Que les documents et les témoignages recueillis sur le sujet par le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat durant la deuxième session de la trente-sixième législature soient envoyés au comité ;

Que le comité soit habilité à autoriser, s'il le juge opportun, la radiodiffusion, la télédiffusion et la diffusion par les médias électroniques de la totalité ou d'une partie de ses délibérations et des informations qu'il détient ;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 31 août 2002 et qu'il conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion de ses constatations pendant trente jours après le dépôt de son rapport ;

Que le comité soit autorisé, indépendamment de l'usage habituel, à déposer son rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas, et que le rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat. »

Le mandat dévolu au Comité s'inscrit dans l'historique de la législation adoptée en 1996 par le Parlement du Canada en matière de drogues, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances.* Lors de son étude en comité, la très grande majorité des témoins entendus ont été très critiques envers le projet de loi, dénonçant l'absence de

principes de base, la poursuite du système prohibitionniste hérité du début du siècle et l'absence de critères pour la réduction des méfaits et la prévention. Malgré les amendements apportés, les témoignages des personnes entendues par le Comité du Sénat sur les Affaires juridiques et constitutionnelles ont été tout aussi critiques. Les témoins ont fait observer que la loi ne catégorise pas les drogues selon leurs dangers, qu'elle ne comporte pas de critères précis et rationnels, et qu'il était impossible, notamment au vu de la complexité de la loi, de savoir comment elle serait appliquée dans la pratique. Ces critiques ont mené le Comité sénatorial à *« proposer énergiquement »* la création d'un Comité mixte de la Chambre des Communes et du Sénat qui examinerait toutes les lois, politiques et programmes canadiens antidrogues. Les élections fédérales de 1997 ont toutefois coupé court à cette demande. Le sénateur NOLIN, convaincu de la nécessité d'agir, et devant l'inaction de la Chambre des Communes, a donc déposé sa première motion en 1999 pour que soit créé un Comité du Sénat ayant pour mandat d'examiner les lois, politiques et programmes sur les drogues illicites au Canada. Cette motion a suivi son cours jusqu'à son adoption par le Sénat en avril 2000. Le Comité a donc pu commencer ses travaux à l'été 2000.

Ceux-ci ont à nouveau été interrompus par le déclenchement des élections fédérales en octobre 2000. Ils n'ont repris qu'en mai 2001, mais sous un nouveau mandat limitant les travaux au cannabis «dans son contexte ». Tout en interprétant cette périphrase de manière large, le Comité a néanmoins concentré ses travaux sur les questions relatives au cannabis.

CHAPITRE 2 - NOS TRAVAUX

Lors des audiences publiques du Comité, le président présentait ainsi le programme de travail :

> *« Afin de remplir adéquatement le mandat qui lui est confié, le comité a adopté un plan d'action. Ce plan s'articule autour de trois enjeux dont le premier est celui de la connaissance. Nous entendrons une gamme importante d'experts, tant Canadiens qu'étrangers, des milieux académiques, policiers, judiciaires, médicaux, gouvernementaux et sociaux. (…)*
> *Le deuxième enjeu, sûrement le plus noble, est le partage de la connaissance. Le comité désire que les Canadiens de partout s'informent et partagent l'information que nous aurons recueillie. Afin de réaliser cet enjeu, nous assurerons l'accessibilité et la distribution de cette connaissance. Nous voudrons également connaître les vues de la population sur celle-ci et pour ce faire nous tiendrons au printemps 2002 des audiences publiques à différents endroits au Canada.*
> *Enfin, comme troisième enjeu, le comité voudra examiner quels sont les principes directeurs sur lesquels une politique publique canadienne sur les drogues doit s'appuyer. »*

Tenant compte de l'énoncé de notre mandat qui incluait l'obligation de fournir aux Canadiens une information juste et rigoureuse, nous avons insisté, tout au long de nos travaux, sur la rigueur et la transparence.

Mener nos travaux de manière rigoureuse était d'autant plus impératif qu'en matière de drogues illicites, les opinions des uns et des autres sont fortes, souvent tranchées. Mais il ne suffisait pas d'être rigoureux. Pour que cette information atteigne les Canadiens, il fallait qu'elle ne soit pas réservée à notre usage exclusif. D'où le second principe qui nous a guidés : la transparence. Dès le départ en effet, nous avons insisté pour que tous nos travaux soient le plus rapidement possible rendus disponibles sur notre site Internet.

Le Comité a approuvé un programme de travail portant sur cinq grands axes de connaissance se déclinant chacun en questions spécifiques. Ces grands axes de travail sont :

- Aspects socio-historiques, géopolitiques, anthropologiques, criminologiques et économiques de la consommation et de la réglementation du cannabis.
- Aspects médicaux et pharmacologiques de la consommation et de la réglementation du cannabis.
- Aspects juridiques en droit national en matière de cannabis.
- Aspects juridiques internationaux de la réglementation des drogues illicites et du cannabis.
- Aspects éthiques et opinions et normes de conduite des Canadiens

Pour tenter de répondre à ces questions de la manière la plus efficace en même temps que la plus économique possible, le Comité a convenu de mener deux tâches de front : un programme de recherche et un programme d'audiences de témoins experts devant se compléter mutuellement. Pour réaliser notre programme de recherche, nous avons commandé une série d'études à la Bibliothèque du Parlement et à d'autres chercheurs. Au total, vingt-trois rapports de recherche ont été complétés et sont disponibles sur notre site Internet. D'autre part, nous avons entendu plus d'une centaine de témoins, experts et simples citoyens, à Ottawa et dans 10 villes du pays, provenant d'ici et de l'étranger. Enfin, notre directeur de recherche a participé à diverses conférences internationales et a veillé à rassembler les travaux de recherche les plus pertinents et récents.

Second volet de notre programme de travail, saisir l'état de l'opinion des Canadiens en même temps que contribuer à mieux informer. Tenir compte de l'opinion est une nécessité en démocratie. En tenir compte signifiait pour nous deux choses étroitement reliées. La première était un devoir d'information. Nous sommes en effet convaincus que, sur des sujets de politique publique qui sont des enjeux de société, il est du devoir des responsables politiques de transmettre une information qui fasse œuvre de pédagogie et non simplement de conviction. En matière de drogues illicites, même de cannabis qui est pourtant la drogue la mieux connue, le niveau de connaissances demeure souvent limité et il circule encore beaucoup de mythes. La seconde signification de cette nécessité de tenir compte de l'opinion publique impliquait pour nous d'aller à sa rencontre. Nous y sommes allés de trois manières. Primo, nous avons fait connaître nos travaux le plus largement possible et de la manière la plus

transparente possible pour permettre à tous et chacun d'en prendre connaissance et d'y réagir. Beaucoup ont choisi de le faire en nous écrivant. Secundo, nous avons commandé une étude qualitative de l'opinion publique. Ces groupes de discussion, menés à travers le pays, seront présentés plus en détail au chapitre 10. Et tertio, nous avons tenu des audiences publiques dans diverses villes du pays (8 au total), permettant ainsi à un certain nombre de citoyens de venir nous dire ce qu'ils pensaient, ce qu'ils connaissaient, ce qu'ils vivaient.

Enfin, troisième volet de notre travail, volet exigeant mais combien nécessaire pour interpréter toute cette connaissance, nous nous sommes donnés des principes directeurs pour guider le choix des conclusions et recommandations.

CHAPITRE 3 - NOS PRINCIPES DIRECTEURS

Il y a trente ans maintenant, la Commission Royale d'enquête sur l'usage non médical des drogues, la Commission Le Dain du nom de son commissaire principal, a étudié des questions similaires à celles que nous étudions aujourd'hui. Son rapport sur le cannabis, dont les conclusions scientifiques sur ses effets étaient généralement acceptées par tous les commissaires, a néanmoins donné lieu à trois rapports : un rapport majoritaire de trois commissaires et deux rapports minoritaires. Chacun d'eux exprimait des conceptions divergentes quant au rôle de l'État et du droit pénal, de la science et de l'éthique. C'est précisément en nous astreignant à une réflexion sur chacun de ces objets que nous avons choisi de nous donner des **principes directeurs** qui rendent explicites la conception que nous nous faisons du rôle que doivent jouer l'État, le droit pénal, la science et l'éthique dans une politique publique sur le cannabis.

La réflexion éthique nous amène du domaine du fait, de ce qui est, au domaine du devoir être, de ce qui serait souhaitable. Passage donc du fait constaté à la norme, mais bien plus qu'à la norme aux valeurs et finalement aux moyens de transmettre et surtout de faire appliquer ces valeurs. C'est pourquoi nous en avons fait notre premier objet de réflexion. Nous avons retenons comme principe directeur qu'une politique publique éthique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier, doit **favoriser l'autonomie réciproque construite à travers un échange dialogique constant au sein de la collectivité**.

Notre second principe porte sur la gouvernance. Nous nous trouvons toujours dans une situation paradoxale où chacun, doté (d'un certain degré) de libre-arbitre, prend des décisions librement pour lui-même et qu'en même temps, pour réguler les interactions avec les autres, nous établissons des règles, une normativité, plus ou moins complexe et plus ou moins formelle selon les cas. Si la gouvernance vise l'affranchissement et non le contrôle, il s'agit alors de définir les objectifs du vivre ensemble dans des politiques et programmes d'action qui sont ensuite transmis par des systèmes et processus et soutenus par des acteurs permettant d'affirmer et de promouvoir l'action humaine. Véhicule privilégié de la gouvernance, la loi est un processus de construction réciproque des relations sociales à travers lequel les uns et les

autres, citoyens et gouvernements, procèdent à l'ajustement constant de leurs attentes de comportement. Il en découle que **l'ensemble des dispositifs de l'État doit concourir à faciliter l'action humaine, et notamment les processus permettant de construire l'agencement entre le gouvernement collectif et le gouvernement de soi**.

Les fondements de la norme pénale sont faibles lorsque la norme instituée (1) ne concerne pas la situation d'une relation à autrui dont les caractéristiques sont telles que non seulement elle ne crée pas de victime mais qu'il n'y a pas d'auteur qui puisse se reconnaître comme tel ; (2) doit se justifier à l'extérieur des rapports sociaux fondamentaux dans la culture et donc recourir à des discours externes qu'elle ne maîtrise pas et qui demeurent toujours exogènes par rapport à la norme ; et (3) entraîne une application dont les effets pervers se retournent contre elle pour interroger sa légitimité. Lorsque le droit pénal intervient en ces matières, il fait de l'auteur la victime par le simple fait de la norme qu'il a instituée, norme qu'il tentera ensuite de sauver en invoquant la protection de l'auteur contre lui-même ce qu'il ne peut faire qu'au prix d'une fuite sans fin dans la production d'une connaissance qui lui échappe constamment. C'est le cas du droit pénal en matière de cannabis. Il en découle que **le droit pénal ne doit intervenir que lorsque l'action visée implique un danger significatif et direct à autrui**.

Nos travaux ont fait la part belle aux connaissances issues de la recherche ; la seconde partie de notre rapport en témoigne abondamment. Nous avons tenté, ce faisant, de faire justice à la connaissance élaborée au cours des dernières décennies. Nous recommanderons aussi que se poursuive l'effort de connaissance sur certaines questions que nous avons jugées importantes. Pour autant, nous n'avons pas la prétention d'avoir répondu à la question fondamentale de savoir pourquoi les personnes consomment des substances psychoactives, alcool, drogues ou médicaments. Nous avons d'ailleurs été étonnés, considérant la quantité d'études menées chaque année sur les drogues, de constater qu'il s'agit d'un domaine où la recherche fait défaut. Comme si la recherche de réponses à des questions techniques avait fait perdre de vue cette question au fond si basique !

Toute nécessaire qu'elle soit, la connaissance scientifique ne remplace ni la réflexion ni non plus que la décision politique. Elle est une aide à la décision. Et c'est de cette manière que nous la pensons la plus à même de contribuer à la politique publique sur les drogues : **la connaissance scientifique, qui doit continuer d'explorer des questions pointues sur des enjeux clés, tout en poursuivant la nécessaire réflexion sur les questions globales, est une aide à la décision de politique publique**.

Cette « grille de lecture » qui nous a guidés dans l'interprétation des informations aussi bien que dans la détermination de nos recommandations, devrait continuellement guider le lecteur de notre rapport.

CHAPITRE 4 - NATURE ET PORTÉE DES ENJEUX

Ce chapitre met les travaux du Comité en contexte. Au cours des dernières années, voire des derniers mois, des événements importants se sont produits, certains en lien direct avec les drogues illicites, d'autres fort éloignés mais non moins pertinents (on pensera évidemment au 11 septembre). Au niveau social et politique, les revendications des usagers à des fins médicales, voire celles de groupes d'usagers récréatifs, le contexte changeant de l'usage des drogues et plus généralement les « conflits » inter-générationnels, sont à prendre en compte. De même, on notera les lois adoptées dans les suites du 11 septembre dont un certain nombre de dispositions pourraient avoir des incidences sur les enquêtes policières en matière de drogues, et la lutte au crime organisé, ainsi qu'au procès des Hells Angels au Québec. Au niveau juridique, des décisions des tribunaux ont eu un effet immédiat sur l'usage médical tandis qu'une décision de la Cour suprême sur l'usage récréatif tombera d'ici quelques mois. Au plan international, la fragilité du PNUCID, tandis que s'élabore une politique continentale sur les drogues pour les Amériques, sont des éléments pertinents pour saisir certains enjeux qui peuvent surdéterminer une politique nationale. Enfin, les développements de la mondialisation et des formes les plus extrêmes de libéralisme économique ne sont pas sans susciter, principalement dans les sociétés occidentales mais aussi partout dans le monde, une augmentation des comportements *addictifs*, qu'il s'agisse de consommation de drogues ou d'autres substituts à la vie sociale.

DEUXIEME PARTIE : CONNAISSANCES SUR LE CANNABIS

CHAPITRE 5 - LE CANNABIS : DE LA PLANTE AU JOINT

Ce chapitre décrit d'abord la plante et les variantes sous laquelle elle devient une drogue de consommation. Il examine ensuite brièvement l'origine géographique de la plante de cannabis et les circuits contemporains de sa circulation, notant au passage les modes actuels de production sous serre et hydroponique qui se sont développés dans certaines régions du Canada. Il décrit enfin la pharmacocinétique de la plante de cannabis, notamment ses principaux composants actifs et leur métabolisme dans le corps.

En ce qui concerne les marchés du cannabis au Canada, nous avons observé que les données sont généralement faibles et contradictoires. Ainsi, la GRC rapporte depuis au moins 1997 qu'il circule environ 800 tonnes de cannabis au Canada. En même temps, chacun nous dit que la production nationale a connu une véritable explosion et que le cannabis est de plus en plus largement disponible. Sur la valeur économique du marché, les données ne sont guère plus fiables.

Nous avons observé que :

- La production nationale de cannabis aurait significativement augmenté et représenterait environ 50 % du cannabis en circulation au pays.
- Les principales provinces productrices sont la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec.
- Les estimations de la valeur du marché ne sont pas fiables. Ainsi s'il se produit 400 tonnes de cannabis au Canada chaque année, au prix de revente sur la rue à 225 $ l'once, la valeur totale pour le Canada serait de moins de 6milliards, soit moins que l'estimation policière pour la seule Colombie-Britannique.
- Une partie inconnue de la production nationale est exportée aux États-Unis.
- Une partie de la production est contrôlée par des éléments appartenant au milieu du crime organisé.

Malgré les affirmations alarmistes sur le contenu en principe actif, le THC, personne n'est en mesure d'en estimer le contenu moyen ; par contre, il y a lieu de penser que des méthodes de culture plus sophistiquées ont permis d'en augmenter la teneur.

- À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5 et 3 % de THC.
- Des méthodes de culture sophistiquées et les progrès de la génétique ont permis l'augmentation du contenu en THC au cours des dernières années mais il est impossible d'estimer le contenu moyen du cannabis disponible sur le marché ; il est permis de penser que le contenu des cultures varie entre 6 % et 31 %.
- Le THC est très liposoluble et se répand rapidement dans les tissus innervés du cerveau ; il atteint un pic dans le plasma sanguin en moins de 9 minutes et il n'en reste qu'environ 5 % après une heure.
- L'élimination du THC par l'organisme est lente et les métabolites inactifs du THC peuvent être détectés dans les urines jusqu'à 27 jours après consommation dans le cas des usagers réguliers.
- Les effets psychoactifs durent en général de 2 à 3heures après consommation et jusqu'à 5 à 7 heures.

CHAPITRE 6 - USAGERS ET USAGES : FORMES, PRATIQUES ET CONTEXTES

Qui sont les usagers de cannabis ? Comment les tendances d'usage au Canada se comparent-elles avec celles d'autres pays ? Dans quels contextes utilise-t-on le cannabis ? Et pourquoi ? Quelles sont les populations les plus vulnérables ? Quelles sont les conséquences sociales du cannabis, notamment sur la délinquance et la criminalité ? Et surtout, quelles sont les trajectoires des usagers de cannabis, notamment eu égard au passage éventuel vers d'autres drogues ?

On peut difficilement établir une politique sur une substance sans répondre au moins partiellement à ces questions. Or, la situation au Canada eu égard aux

connaissances sur les tendances d'usage et les divers contextes d'usage du cannabis est à peu de choses près désastreuse. Les USA, le Royaume-Uni et l'Australie ont mis en place, depuis le début des années 1980, des systèmes d'observation en population générale et en population étudiante, et plusieurs pays européens se sont dotés, depuis les dix dernières années, de systèmes de connaissance autour de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). De son côté, le Canada n'a mené que deux enquêtes épidémiologiques spécifiques aux drogues en population générale (1989 et 1994) et seules certaines provinces mènent des enquêtes en population étudiante, encore qu'avec des méthodes et des instruments différents réduisant ainsi la comparabilité des données. De surcroît, tout donne à penser qu'il se fait peu d'études sociologiques ou anthropologiques sur les modes et contextes d'usages des drogues illicites, spécifiquement du cannabis. À tout le moins, peu de travaux ont été portés à notre attention. Il s'ensuit que notre bassin de connaissances sur les usagers et les usages est restreint à sa plus petite expression.

Nous n'avons pas d'explications à cette situation. Du moins pas d'explication satisfaisante. Dès les années 70 le Canada aurait pu, dans les suites des travaux de la Commission Le Dain, se doter d'un système d'observation des tendances. Dans les années 80, dans le contexte de l'adoption de la stratégie canadienne antidrogue, à laquelle le gouvernement fédéral consacrait 210 millions $ sur cinq ans, un système de collecte d'informations de base aurait pu être créé. Faut-il invoquer l'absence de leadership et de vision? La peur de connaître ? Les partages de compétences entre les niveaux de gouvernements ? L'absence d'une culture de la recherche socio-légale au sein des ministères responsables de la justice et de la santé ? Probablement un peu de tout et autre chose encore. Quoi qu'il en soit, nous affirmons que cette situation est proprement inacceptable et qu'elle devrait faire l'objet de correctifs rapides et forts.

Ce chapitre se divise en quatre sections. La première section porte sur les tendances de consommation, d'abord en population générale, puis spécifiquement chez les jeunes (12 à 18 ans), et compare ensuite les tendances entre divers pays. Chez les adultes, nous avons observé que :

- Les données épidémiologiques disponibles indiquent que près de 30 % de la population (12 à 64 ans) a une expérience vie du cannabis. Environ 2 millions ont eu au moins une expérience du cannabis au cours des 12 derniers mois, environ 600 000 en ont consommé au cours du dernier mois, et environ 100 000 en consommeraient quotidiennement.
- La consommation est la plus importante entre 16 et 24 ans.

Chez les jeunes de 12 à 17 ans, nous avons observé que :

- Le Canada aurait l'un des taux de consommation les plus élevés parmi les pays occidentaux.
- Environ 1 million aurait consommé au cours des 12 derniers mois, 750 000 auraient fait usage au cours du dernier mois et 225 000 en feraient un usage quotidien.
- L'âge d'initiation est en moyenne à 15 ans.

La deuxième section examine ce que l'on connaît des motifs et modalités d'usage ; il y est aussi question des origines et différences culturelles entre les usages. La troisième section porte spécifiquement sur les trajectoires des usagers de cannabis, examinant entre autres la question de l'escalade. Ainsi, nous avons constaté que :

- La plupart des expérimentateurs discontinuent l'usage.
- Les usagers réguliers ont généralement une initiation plus précoce; les usagers au long cours ont le plus souvent une trajectoire de consommation en dents de scie.
- Les consommateurs réguliers au long cours connaissent leur période de consommation intense au début de la vingtaine.
- La plupart des usagers au long cours intègrent leur consommation à leurs activités familiales, sociales et professionnelles.

Le cannabis n'est pas, en soi, une cause de consommation d'autres drogues. En ce sens, nous rejetons la théorie de l'escalade. Enfin, la quatrième section traite des relations entre usage de cannabis et délinquance et criminalité.

- Le cannabis n'est pas en soi une cause de délinquance et de criminalité.
- Le cannabis n'est pas une cause de violence.

CHAPITRE 7 - LE CANNABIS : EFFETS ET CONSÉQUENCES

Il se dit tout et n'importe quoi sur les effets du cannabis. S'il est vrai qu'il reste encore des zones d'ombre que la recherche n'a pas clarifiées et que, dans d'autres cas, les données de recherche sont contradictoires, il existe néanmoins un vaste bassin de données qui contredisent clairement bon nombre des mythes qui continuent de courir sur les effets du cannabis.

Ce chapitre se divise en cinq sections. La première rassemble un ensemble d'affirmations sur les effets présumés de la marijuana que le Comité a entendues ou qui ont été portées à sa connaissance par ses recherches. Les trois sections suivantes examinent d'abord les effets aigus du cannabis, puis tour à tour ses conséquences physiologiques et neurologiques, psychologiques, et sociales. En raison de son importance et de la place centrale qu'elle occupe dans les préoccupations sociales et politiques, nous examinons ensuite spécifiquement la question de la dépendance qui peut découler d'une consommation prolongée de cannabis.

En ce qui concerne les effets du cannabis nous avons observé que :

- Ses effets immédiats se caractérisent par un sentiment d'euphorie, de détente, de sociabilité ; ils s'accompagnent d'une diminution de la mémoire à court terme, de la concentration et de certaines habiletés psychomotrices.
- Les effets à long terme sur les facultés cognitives n'ont pas été établis par la recherche.

Le Comité adopte une distinction entre usages, usage à risque et usage excessif. La quantité consommée est un indicateur, mais d'autres facteurs d'ordre psychosocial, et tenant au contexte d'usage et à la qualité de la substance, sont autant de facteurs intervenant sur le passage de l'usage à l'usage à risque et à l'usage excessif. Sur l'usage à risque, le Comité est d'avis que :

- La majorité des usagers ne sont pas des usagers à risque : ils ont un usage régulé, irrégulier et qui se poursuit rarement au delà de la trentaine.
- Pour les personnes de plus de 16 ans, l'usage à risque s'inscrit dans une fourchette entre 0,1 à 1 gramme par jour Selon cette distinction, et selon les données épidémiologiques présentées au chapitre précédent, il est permis de penser qu'environ 100 000 Canadiens de plus de 16 ans pourraient avoir un usage à risque
- Le Comité est d'avis qu'en raison de ses effets potentiels sur le système cannabinoïde endogène et les fonctions cognitives et psychosociales, toute consommation chez les jeunes de moins de 16 ans est une consommation à risque.

En ce qui concerne l'usage excessif, le Comité constate que :

- Au delà d'un gramme par jour et sur une période prolongée, il s'agit d'un usage excessif qui peut entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, psychologique ou sociale des usagers. Selon les données épidémiologiques disponibles, environ 80 000 personnes de plus de 16 ans pourraient avoir un usage excessif.
- Chez les jeunes entre 16 ans et 18 ans, est consommation excessive une consommation même non quotidienne mais qui est faite le matin, seul ou pendant les activités scolaires
- L'usage excessif de cannabis fumé peut avoir certaines conséquences négatives sur la santé physique, notamment sur le système respiratoire (bronchites chroniques, cancer des voies respiratoires supérieures).
- L'usage excessif de cannabis peut entraîner des conséquences psychologiques négatives sur les usagers, notamment des difficultés de concentration et d'apprentissage, des carences mnésiques ou, dans des cas rares et chez des personnes déjà prédisposées, déclencher des épisodes psychotiques ou schizophréniques.
- L'usage excessif de cannabis peut entraîner des conséquences sur la santé sociale des usagers, notamment leur insertion professionnelle et sociale et leur capacité à accomplir certaines tâches.
- L'usage excessif de cannabis peut entraîner une dépendance qui demandera un traitement ; toutefois, la dépendance induite par le cannabis est moins sévère et moins fréquente que la dépendance à d'autres substances psychotropes y compris l'alcool et le tabac

CHAPITRE 8 - CONDUITE SOUS INFLUENCE

S'il est une question, autre que les effets de la consommation de cannabis sur les jeunes ou des effets d'une consommation excessive, susceptible de préoccuper la société et les gouvernements, il s'agit certainement de ses effets sur la conduite d'un véhicule. On connaît déjà les effets sur la circulation routière de l'alcool avec sa cohorte d'accidents avec blessés ou tués. Malgré les diminutions constatées ces dernières années, il sera facile d'admettre qu'un accident mortel causé par la consommation d'une substance est déjà un accident de trop.

Or, après l'alcool, le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée, notamment chez les jeunes du groupe d'âge 16-25. Occasionnelle, la consommation se produit le plus souvent dans un contexte festif, lors des parties de fin de semaine, souvent accompagnée aussi d'alcool. Les personnes de cette catégorie d'âge sont aussi les plus susceptibles d'avoir un accident automobile, et sont aussi susceptibles d'accidents avec facultés affaiblies.

Nous avons vu que le cannabis affecte les habiletés psychomotrices pour une durée pouvant aller jusqu'à cinq heures après la consommation. Les effets psychoactifs du cannabis sont aussi dépendants de la dose, de la concentration en THC, ainsi que de la morphologie, de l'expérience et des attentes des usagers. Mais quels sont les effets spécifiques du cannabis sur la conduite de véhicules ? Quels sont les effets de la combinaison d'alcool et de cannabis ? Et quels sont les outils permettant de détecter la présence d'un taux de THC susceptible d'affecter significativement les facultés psychomotrices reliées à l'opération de véhicules ?

Ce chapitre se divise en trois sections. La première examine les modes de dépistage de la présence de cannabinoïdes dans l'organisme. La seconde analyse les études sur la prévalence connue de conduite sous l'influence de véhicules, hors contexte accidentel et en contexte accidentel. Enfin la troisième résume l'état des connaissances sur les effets du cannabis sur la conduite de véhicules à partir d'études in situ ou en laboratoire.

Le Comité est d'avis qu'il est vraisemblable que le cannabis rend les consommateurs plus prudents, notamment parce que, conscients de leurs déficiences, ils compensent par une réduction de la vitesse et par une moins grande prise de risques. Toutefois, en matière de conduite sous l'influence de cannabis, parce qu'il ne s'agit plus des conséquences sur les usagers eux-mêmes, mais des conséquences possibles de leur comportement sur d'autres personnes, le Comité est d'avis qu'il **convient d'opter pour la plus grande prudence**. Tenant compte de ce que nous avons vu dans ce chapitre, et malgré les limites méthodologiques dont souffrent les études menées sur le dépistage de la prévalence de conduite sous l'influence du cannabis, nous concluons comme suit :

- Entre 5 % et 12 % des conducteurs pourraient conduire sous l'influence du cannabis ; ce pourcentage monte à plus de 20 % lorsqu'on isole les jeunes hommes de moins de 25 ans.

- Le cannabis seul, surtout à faible dose, a peu d'effets sur les facultés reliées à la conduite automobile. Le cannabis mène à un style de conduite plus prudent, mais il affecte négativement le temps de décision et la trajectoire.
- Toutefois, une proportion non négligeable montre la présence de cannabis et d'alcool simultanément. Or, les effets du cannabis conjugué à l'alcool sont plus importants que ceux de l'alcool seul.
- Malgré les progrès accomplis, il n'existe pour le moment aucun test rapide de dépistage en situation de conduite (*roadside testing*).
- Le sang demeure le milieu le plus sûr pour détecter la présence des cannabinoïdes.
- Les urines ne peuvent indiquer une consommation récente.
- La salive est un milieu prometteur mais les tests rapides commerciaux ne sont pas encore fiables.
- La méthode de reconnaissance visuelle par les policiers a montré des résultats satisfaisants.
- Il est essentiel de mener des études pour développer un outil de dépistage rapide et mieux connaître les habitudes de conduite des consommateurs de cannabis.

CHAPITRE 9 - APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

La question des applications thérapeutiques du cannabis a connu, au cours des dernières années, un renouveau d'intérêt, au Canada notamment. En effet, suite à une décision de la Cour d'appel de l'Ontario invalidant les dispositions de la Loi sur les drogues relativement à l'usage médical du cannabis, le Ministre fédéral de la Santé a adopté, en juillet 2001, une nouvelle réglementation permettant, sous certaines conditions, l'accès au cannabis à des personnes présentant des symptomatologies spécifiques.

Pourtant, la communauté scientifique, médicale en particulier, est divisée quant à l'efficacité réelle du cannabis aux fins thérapeutiques. Certains n'hésitent pas à dire que la porte ouverte au cannabis médical serait en fait un pas vers la légalisation pure et simple du cannabis.

Pourtant, rien de cela ne devrait avoir d'importance pour le médecin, pour le scientifique. Il ne s'agit pas de défendre un quelconque régime de politique publique global sur le cannabis, voire sur l'ensemble des drogues illicites. Il ne s'agit pas de traduire un message symbolique sur « les drogues ». Il ne s'agit pas d'avoir peur que les jeunes puissent consommer du cannabis s'il était admis comme médicament. La question, la seule question qui se pose au médecin ici, est de savoir si, dans quelle mesure, et dans quelles circonstances, le cannabis a une utilité thérapeutique. De dire si des personnes atteintes de certaines maladies peuvent en bénéficier et de se prononcer sur les effets secondaires nocifs par rapport aux bénéfices. Et dans l'affirmative, de réfléchir ensuite aux modalités par lesquelles les patients pourraient se le procurer.

Ce chapitre survole l'histoire des utilisations thérapeutiques du cannabis puis l'état des connaissances contemporaines sur le cannabis et les cannabinoïdes synthétiques. Nous décrivons ensuite brièvement le fonctionnement des clubs compassion et autres

organismes qui fournissent du cannabis à des fins thérapeutiques, ainsi que divers régimes de politiques publiques. En conclusion, nous émettons notre avis sur les applications médicales du cannabis. Nous examinerons dans un chapitre ultérieur la question du régime de politique publique qui serait le plus approprié eu égard au statut du cannabis à des fins médicinales.

Nous avons observé que :

- Il existe des indications claires, quoique non définitives sur les bénéfices thérapeutiques du cannabis dans les conditions suivantes : analgésique pour les douleurs chroniques, antispasmodique pour la sclérose en plaques, anticonvulsif pour l'épilepsie, antiémétique pour la chimiothérapie et stimulation de l'appétit pour la cachexie.
- Il existe des indications moins claires quant aux effets du cannabis sur le glaucome et d'autres conditions médicales.
- Le cannabis n'a pas été établi comme médicament par des études contrôlées et rigoureuses.
- La qualité et l'efficacité du cannabis, principalement fumé, n'ont pas été déterminées.
- Les composés synthétiques ont fait l'objet d'un certain nombre d'études mais les connaissances sont encore insuffisantes pour en établir l'efficacité et la sécurité.
- Règle générale, les effets du cannabis fumé sont plus spécifiques et plus rapides que ceux des composés synthétiques.
- L'absence de certains cannabinoïdes dans les composés synthétiques peut entraîner des effets secondaires nocifs tels les crises de panique ou les psychoses cannabiques.
- Le cannabis fumé présente des effets nocifs potentiels surtout sur les voies respiratoires.
- Les personnes qui fument du cannabis à des fins thérapeutiques modulent leur consommation en fonction de leur condition physique et n'en recherchent pas tant les effets psychoactifs.
- Les personnes qui fument du cannabis à des fins thérapeutiques préfèrent avoir le choix de la forme d'utilisation.
- Il convient de soutenir et d'encourager le développement des pratiques alternatives telles que mises en œuvre dans les clubs compassion.
- Les pratiques de ces organismes sont en accord avec les indications thérapeutiques provenant des études cliniques et respectent des règles strictes de qualité et de sécurité.
- Les études déjà approuvées par Santé Canada doivent être menées dans les meilleurs délais.
- Les qualités du cannabis utilisé dans ces études doivent correspondre aux standards de la pratique actuelle dans les organismes de compassion et non aux standards de NIDA.
- Les études devraient notamment porter sur les applications et le dosage spécifiques pour différentes conditions médicales.
- Santé Canada devrait, dans les meilleurs délais, engager une étude clinique en collaboration avec les organismes de compassion au pays.

CHAPITRE 10 - OPINIONS ET ATTITUDES DES CANADIENS

Il est difficile de saisir l'état de l'opinion, des attitudes et des représentations de la population. Les moyens traditionnels de l'enquête quantitative sur un échantillon représentatif de la population étaient trop dispendieux. Les sondages présentent aussi toute une série de limites. Néanmoins, nous avons commandé une étude qualitative par groupes de discussion dont nous présentons les résultats dans ce chapitre. Nous rapportons aussi les résultats de sondages dont nous avons pu prendre connaissance. De plus, de nombreux citoyens nous ont écrit des lettres ou envoyé des courriels et un certain nombre ont participé à nos audiences publiques. On ne peut évidemment en tirer de conclusions : il est probable que seuls ceux que la question intéresse de près nous auront écrit, quel que soit le côté où penchent leurs préférences. Nous en citons des extraits en insistant sur l'importance de ne rien conclure quant à la représentativité de ces opinions. On ne saurait faire état de l'opinion et des représentations que se font les Canadiens des drogues en général, du cannabis en particulier, sans examiner aussi le rôle des médias dans la construction de ces représentations. Au cours des dernières années, suite entre autres aux travaux de ce Comité, divers journaux et magazines canadiens ont réalisé des reportages ou écrit des commentaires éditoriaux sur la question. Ce sera l'objet de la première section de ce chapitre. La suivante présente les résultats d'enquêtes et de sondages, incluant celle que nous avons commandée et certaines qui ont été menées dans certaines provinces. La dernière section porte sur notre compréhension de ce que les Canadiens nous ont dit.

Nous avons observé que :

- L'opinion publique est plus libérale qu'il y a dix ans sur le cannabis.
- Une tendance à penser que la consommation de cannabis est plus répandue qu'auparavant.
- Une tendance à considérer que le cannabis est plus disponible qu'auparavant.
- Une tendance à penser que le cannabis n'est pas une drogue dangereuse.
- Une préoccupation relativement importante face au crime organisé.
- Un soutien important pour la mise à disponibilité du cannabis aux fins thérapeutiques.
- Une tendance à favoriser la décriminalisation ou, dans une moindre mesure, la légalisation.
- Une attitude critique face aux mesures d'application de la loi pour simple possession de cannabis.
- Une préoccupation pour les enfants et les jeunes.

TROISIÈME PARTIE : POLITIQUES ET PRATIQUES AU CANADA

CHAPITRE 11 - UNE POLITIQUE NATIONALE ?

Plusieurs Canadiens seront probablement étonnés d'apprendre que le Canada n'a financé une stratégie canadienne sur les drogues qu'entre 1987 et 1993. Certes, les législations criminelles sur les drogues n'ont pas manqué depuis l'adoption de la *Loi prohibant l'importation, la fabrication et la vente de l'opium à toutes fins autres que celles de la médecine* en 1908. Plusieurs lois pénales qui ont été adoptées depuis ont considérablement augmenté le champ d'application de la loi ainsi que la liste des substances contrôlées. De manière générale, ces lois se sont concentrées sur la lutte contre l'offre et la demande, consacrant une approche prohibitionniste envers l'usage des drogues illicites, incluant le cannabis. Mais une législation pénale ne constitue pas une politique publique : elle n'en est qu'une composante. D'ailleurs, au cours des dernières années, plusieurs analystes ont souligné la nécessité d'une approche plus équilibrée pour mieux répondre aux enjeux de l'abus de substances psychoactives.

Ce chapitre retrace les étapes entourant l'élaboration et la mise en place de la Stratégie canadienne antidrogue (SCD) de 1987. Cette stratégie avait précisément pour objectif de promouvoir une approche équilibrée. Nous verrons quelles en étaient les composantes et comment elle a été mise en œuvre.

Nous avons observé que :

- Le Canada a fortement besoin d'une stratégie nationale sur les substances psychoactives coordonnée et globale, pour laquelle le gouvernement fédéral doit offrir un leadership clair.
- Toute stratégie future doit intégrer toutes les substances psychoactives, incluant donc l'alcool et le tabac.
- Pour réussir, une stratégie nationale doit reposer sur des partenariats sérieux et véritables entre tous les paliers gouvernementaux et avec les organismes non gouvernementaux.
- Au fil des ans, le financement a été irrégulier, diminuant la capacité de coordonner et de mettre en œuvre la SCD; des ressources adéquates et un engagement à long terme sont nécessaires pour que la stratégie soit une réussite.
- Il faut déterminer des objectifs clairs et mener des études d'évaluation sur leur mise en œuvre et les résultats obtenus.
- Des critères clairs et partagés de réussite doivent être identifiés dès le début.
- Le financement de base de la SCD a été insuffisant, ce qui l'a empêché d'exécuter son mandat; le financement adéquat d'une stratégie nationale est essentiel.
- Un organisme indépendant comme le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) doit disposer des ressources lui permettant d'effectuer des enquêtes nationales au moins tous les deux ans; il conviendrait aussi que le CCLAT travaille avec les provinces et les territoires pour que les enquêtes en milieu scolaire soient plus régulières, cohérentes et comparables.

- La coordination, au niveau fédéral, devrait être confiée à un organisme qui ne fait pas partie intégrante d'un des ministères partenaires.
- Une stratégie nationale sur les substances psychoactives devrait adopter une approche réellement équilibrée – il est inacceptable que plus de 95 % des dépenses fédérales sont présentement attribuées à la réduction de l'offre.

CHAPITRE 12 - LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL

La prohibition des drogues a moins de cent ans, celle du cannabis un peu plus de 75. Il est tentant de penser que les décisions prises au fil des ans de lutter contre la production et la consommation de certaines drogues au moyen du droit pénal s'inscrivent dans le droit fil du progrès social et de la mobilisation des connaissances scientifiques sur les drogues. Mais est-ce bien le cas ? L'historique de la législation sur les drogues illicites au Canada, comme l'analyse que fait le chapitre 19 de l'architecture des conventions internationales, permet d'en douter fortement. La rationalité du système de contrôle tient-elle la route aux yeux de la société civile, usagers comme non-usagers ? Quels sont les critères qui ont présidé aux décisions des législateurs ? De fait, ont-ils eu recours à des critères ? Qu'est-ce qui a motivé les parlementaires canadiens et d'ailleurs à prohiber certaines substances, à contrôler l'accès de certaines autres, et à en laisser d'autres en vente libre ?

Savoir d'où l'on vient aide à comprendre où l'on va. C'est l'ambition de ce chapitre, retraçant l'évolution de la législation canadienne sur les drogues, de 1908 jusqu'à maintenant. Nous avons identifié trois périodes législatives. La première, la plus longue, va de 1908 à 1960. C'est la période de l'hystérie. Ont alors prédominé des discours à saveur raciste, sans fondements scientifiques. On nous a dit que les drogues, le cannabis en particulier, avaient été criminalisées parce que dangereuses. L'analyse des débats parlementaires et des comptes-rendus dans les médias de cette époque montre clairement qu'il n'en est rien. Lorsque le cannabis a été ajouté à l'annexe de la loi sur l'opium en 1923, il n'y a eu aucun débat, aucune justification, et plusieurs parlementaires ne savaient même pas de quoi il s'agissait.

La seconde période, beaucoup plus courte, va de 1961 à 1975. C'est la période de la recherche des raisons perdues. Suite à l'explosion de la consommation de drogues au début des années 1960, et faisant face à une revendication sociale demandant une autre approche, les gouvernements ont alors nommé des commissions d'enquête – telle la Commission Le Dain au Canada et tâté de divers projets de réforme pour justifier, à rebours, une criminalisation qui reposait sur un socle d'argile. Enfin, la période contemporaine, qui commence vraiment au début des années 1980, est la période de la fuite en avant. Finies les tentatives de réforme, il s'agit alors de créer une infrastructure qui pourra mener la lutte aux drogues et occuper de manière plus proactive l'avant-scène de sorte à s'autojustifier.

Nous avons observé que :

- Les premières législations sur les drogues étaient largement fondées sur une panique morale, des sentiments racistes et une absence notoire de débats.
- Les législations sur les drogues ont souvent prévu des dispositions particulièrement sévères, telles le renversement du fardeau de la preuve et des sentences cruelles et inusitées.
- Les travaux de la Commission Le Dain ont jeté les bases d'une approche plus rationnelle de la politique sur les drogues illicites en tentant de s'appuyer sur des données issues de la recherche. Les travaux de la Commission Le Dain n'ont eu aucune suite législative, sauf en 1996 dans certaines dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues* et autres substances, notamment en matière de cannabis.

CHAPITRE 13 – RÉGLEMENTATION DU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Le cannabis a été utilisé à des fins thérapeutiques dans diverses sociétés depuis plusieurs milliers d'années, souvent pour les mêmes conditions physiques que celles pour lesquelles des personnes en font usage aujourd'hui. Les développements de l'industrie pharmaceutique au cours du 19e siècle, les changements dans la pratique de la médecine et la conception même de la santé et bien entendu l'interdit dont ont fait l'objet les plantes sources, dont le cannabis, ont mené à l'abandon de son utilisation médicale. Néanmoins, on a vu un regain d'intérêt pour le cannabis thérapeutique à partir des années 1970, dans les suites notamment de travaux de recherche qui ont permis d'isoler les composants actifs de la plante. De plus, en raison du nombre élevé d'allégations touchant les bienfaits thérapeutiques du produit, un nombre croissant de personnes ont demandé l'adoption d'une approche moins restrictive afin de permettre la vente du cannabis aux personnes qui pourraient tirer profit de cette utilisation. Au Canada, aucun essai clinique démontrant sa sécurité et son efficacité n'ayant été fait, le cannabis ne peut pas être vendu comme produit médical. Malgré cette interdiction, de nombreuses personnes consomment du cannabis à des fins thérapeutiques sans autorisation légale et divers organismes se sont établis qui à la fois distribuent du cannabis à des fins thérapeutiques et agissent comme groupe de pression au nom de ces patients.

Ce chapitre rappelle les événements qui ont mené à l'adoption récente de la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* qui vise à offrir un cadre d'accès humanitaire à la marijuana pour les Canadiens gravement malades, tout en poursuivant les recherches sur son utilisation à des fins thérapeutiques. Nous décrivons ensuite les dispositions de cette réglementation qui est entrée en vigueur le 30 juillet 2001. La dernière section examine sa mise en œuvre et s'interroge sur les limites intrinsèques à cette approche.

Nous avons observé que :

- La Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales ne constitue pas le cadre humanitaire qu'elle se proposait d'être et restreint inutilement la disponibilité de la marijuana pour les patients qui pourraient en bénéficier.
- Le fait que la communauté médicale refuse de jouer le rôle de « gardien » du cannabis thérapeutique et qu'il est impossible d'avoir accès à des sources légales de cannabis semble rendre le présent cadre réglementaire d'exemption « illusoire », soulevant ainsi à nouveau des questions quant aux dispositions de la Charte.
- La réglementation n'a visiblement pas atteint son objectif d'être plus accessible : en près d'un an, 498 demandes ont été reçues (contre plus de 550 en vertu de l'ancienne exemption) et seulement 255 personnes ont reçu l'autorisation de posséder de la marijuana à des fins thérapeutiques.
- Il est urgent de modifier les règles d'admissibilité et l'accessibilité au cannabis aux fins thérapeutiques.
- Les études sur la sécurité et l'efficacité du cannabis n'ont pas commencé car les chercheurs ne peuvent pas obtenir le produit nécessaire pour qu'ils effectuent les études. Cette situation regrettable en soi ne doit pas de surcroît pénaliser davantage les personnes qui ont besoin de cannabis aux fins thérapeutiques.
- Il est regrettable que le plan de recherche de Santé Canada n'ait pas prévu d'utiliser l'immense bassin de connaissance que détiennent les clubs de compassion.
- L'élaboration d'une source canadienne de marijuana propre à la recherche a été un échec.

CHAPITRE 14 - PRATIQUES POLICIÈRES

Les opinions sur la mise en application des lois sur les drogues illicites par la police sont à tout le moins inconsistantes sinon tout à fait contradictoires. Certains croient que la police consacre trop de temps, d'efforts et de ressources aux enquêtes sur les infractions relatives aux drogues illicites, spécifiquement lorsqu'il s'agit de possession simple et plus encore quand elles impliquent du cannabis. D'autres – dont la police elle-même – prétendent que les priorités sont déjà axées sur les trafiquants et les producteurs et que les accusations de possession, surtout s'il s'agit de cannabis, sont le plus souvent incidents à la détection d'autres activités criminelles.

Ce chapitre décrit d'abord les principales organisations responsables de mettre en application les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS). La section suivante examine les pouvoirs qui leur sont impartis ainsi que les techniques utilisées lors des enquêtes sur les drogues illicites. Enfin, la troisième section se penche sur les principales statistiques se rapportant à la police. Ces renseignements devraient permettre de faire la lumière sur certaines des idées fausses entourant la mise en application des lois sur les drogues illicites.

Nous avons observé que :

- La lutte antidrogues au Canada coûte entre 700 millions $ et 1 milliard $.
- La réduction des activités d'exécution de la loi résultant d'une modification des lois antidrogues touchant le cannabis pourrait entraîner des économies substantielles ou faire en sorte que les forces policières réaffectent des sommes considérables à d'autres priorités.
- En raison de la nature consensuelle des infractions liées aux drogues, on a accordé à la police des pouvoirs d'exécution substantiels et adopté des techniques d'enquête très intrusives.
- Plus de 90 000 incidents liés à la drogue sont rapportés chaque année par la police. Plus des trois quarts de ces incidents touchent le cannabis et plus de 50 % de tous les incidents liés à la drogue concernent la possession de cannabis.
- De 1991 à 2001, la variation du taux en pourcentage par 100 000 de population pour ce qui est des infractions liées au cannabis est de +91,5 ; ainsi, le taux d'infractions liées au cannabis a presque doublé au cours des dix dernières années.
- Les incidents rapportés en matière de culture du cannabis ont connu une augmentation dramatique au cours des dix dernières années.
- Les taux d'incidents rapportés varient d'une province à l'autre.
- Le cannabis a fait l'objet de 70 % des +/- 50 000 accusations portées en 1999. Dans 43 % des cas (soit 21 381), l'accusation était liée à la possession de cannabis.
- Les taux d'accusations pour infractions liées à la drogue varient considérablement d'une province à l'autre.
- L'application inégale de la loi suscite des inquiétudes en ce qu'elle peut mener à des formes de discrimination, à l'aliénation de certains groupes de la société, et à la création d'une atmosphère d'irrespect envers la loi; de façon générale, elle soulève la question de l'équité et la justice.
- Les statistiques sur les saisies sembleraient confirmer une intensification de la culture du cannabis au Canada et un déplacement des priorités de la police en ce qui a trait à cette infraction.

CHAPITRE 15 - PRATIQUES JUDICIAIRES

Le chapitre précédent a examiné les rôles et pratiques des agences d'application de la loi qui sont la porte d'entrée du système de justice pénale. Que se passe-t-il après l'arrestation et la mise en accusation pour une infraction relative aux drogues ? Qui est responsable des poursuites et comment se font-elles ? Quel type de sanction les personnes condamnées reçoivent-elles ? Qui aura un casier judiciaire ? Et comment les tribunaux ont-ils interprété la validité de la loi sur les drogues ? C'est à ces questions que ce chapitre tente de répondre.

Nous avons observé que :

- Les coûts reliés aux poursuites fédérales pour infractions liées aux drogues en 2000-2001 s'élevaient à 57 millions $ dont environ 5millions $ correspondaient à des poursuites pour infractions à cause de possession de cannabis, ou environ 10 % du budget total.
- En 1999, on évalue que les tribunaux de justice pénale canadiens ont traité 34 000 affaires liées aux drogues nécessitant plus de 400 000 comparutions.
- Les initiatives des tribunaux de traitement de la toxicomanie semblent encourageantes mais il faudra attendre les résultats des évaluations pour s'assurer que ces programmes sont efficaces.
- Les données relatives à la décision et à la détermination de sanction pour ce qui est des infractions liées aux drogues, sont faibles et il existe un besoin urgent de corriger cette situation.
- Le Service correctionnel du Canada dépense un montant évalué à 169 millions $ pour faire face aux drogues illicites au moyen de l'incarcération, de programmes de lutte contre la toxicomanie, de programmes de traitement et de mesures de sécurité; les dépenses pour les programmes de lutte contre la toxicomanie sont raisonnablement peu élevés étant donné le nombre de détenus qui ont des problèmes de toxicomanie.
- Une condamnation criminelle peut causer un impact négatif sur la situation financière d'une personne, sur ses perspectives d'emploi et peut restreindre ses voyages à l'étranger. De plus, cela peut constituer un facteur important lors d'une future implication avec le système de justice pénale.
- Les cours d'appel provinciales ont jusqu'à maintenant maintenu la constitutionnalité de l'interdiction du cannabis. Elles ont observé que les dommages causés par la consommation de cannabis ne sont ni insignifiants ni sans importance, justifiant ainsi le Parlement d'agir comme il l'a fait et concluant que l'interdiction de la marijuana est par conséquent en accord avec les principes de justice fondamentale prévus à l'article 7 de la Charte. Ces décisions ont fait l'objet d'un appel et la Cour Suprême du Canada décidera bientôt si l'interdiction du cannabis est constitutionnelle.

CHAPITRE 16 - PRATIQUES PRÉVENTIVES

Conçue, au moins théoriquement, sous l'angle de la santé publique, une politique sur les drogues illicites devrait donc appeler une stratégie de prévention forte. Rien pourtant n'est plus mouvant, flou, imprécis, sinon controversé, que la prévention. Lorsqu'il est question de drogues illicites, le contexte juridique et politique rend la question de la prévention encore plus difficile à clarifier, et les actions à définir. En matière de drogues illicites, le contexte juridique national et les interprétations des politiques internationales font en sorte que, définies comme produits dangereux, elles ne doivent pas être consommées. Ou que tout usage est déjà un abus. Si usage est abus, si l'acteur de prévention ne peut recourir à des distinctions qui lui sont pourtant essentielles pour définir les objectifs et contenus d'une mesure de prévention, comment, dans ce contexte, espérer établir des actions de prévention qui réussissent ?

Bien sûr, de nombreux programmes de prévention ne visent pas uniquement la prévention de tout usage mais ciblent spécifiquement les conduites à risque. L'approche de réduction des méfaits, en plus d'être une stratégie globale sur les substances psychoactives, est aussi une approche préventive en ce qu'elle vise à réduire les risques associés aux drogues et à leur contrôle sans par ailleurs demander l'abstention. Mais les uns comme les autres sont l'objet de controverses et de critiques précisément parce qu'ils acceptent comme prémisse la réalité sociale des drogues. Discuter de prévention c'est aussi parler des limites de l'intervention de l'état et de la vision qu'on se fait de l'acteur humain. Jusqu'où aller pour identifier les groupes à risque sans stigmatiser davantage des populations qui sont déjà vulnérables ? Dans quelle mesure penser que l'acteur humain est un être rationnel qui agit conformément à son meilleur intérêt pour autant qu'on lui donne la bonne information ?

Ce chapitre sur la prévention montre que, autant les discours sur la prévention sont forts, autant les ressources qu'on y consacre sont maigres et les actions menées faibles. La section suivante pose la question : quelle prévention ? Nous y examinons les connaissances disponibles sur les facteurs qui sous-tendent les actions de prévention et sur l'efficacité de certains types d'actions de prévention, portant une attention particulière à l'un des fleurons de la lutte antidrogues, le programme DARE. La troisième section s'intéresse à l'approche de réduction des méfaits comme approche de prévention. Comme pour les autres chapitres, nos conclusions prennent la forme de constats susceptibles d'orienter la suite.

Nous avons observé que :

- La prévention n'est pas une stratégie de contrôle mais une manière d'habiliter les acteurs sociaux, individuels et collectifs, à prendre des décisions informées et à acquérir des outils pour éviter les conduites à risque.
- Une stratégie nationale sur les drogues devrait investir significativement en prévention.
- Les stratégies de prévention doivent être en mesure de tenir compte des connaissances sur les drogues.
- Les messages de prévention doivent être crédibles, vérifiables, neutres.
- Les stratégies de prévention doivent être globales, multifactorielles et impliquer la collectivité.
- Les stratégies de prévention dans les écoles ne devraient pas être pilotées par les organisations policières ni offertes par des policiers.
- La GRC devrait reconsidérer son choix du programme DARE dont plusieurs études d'évaluation ont révélé l'inefficacité.
- Une stratégie de prévention doit prévoir l'évaluation rigoureuse d'un certain nombre de mesures clefs.
- Une stratégie nationale sur les drogues devrait prévoir des mécanismes permettant la dissémination large des connaissances issues de la recherche et de l'évaluation.

- Les évaluations doivent éviter le réductionnisme, doivent impliquer les acteurs de prévention, doivent s'intégrer au programme et doivent prévoir l'évaluation des impacts sur une base longitudinale.
- Des stratégies de réduction en matière de cannabis devraient être élaborées en concertation avec les acteurs du domaine de l'éducation et des services sociaux.
- Des stratégies de réduction des méfaits en matière de cannabis devraient inclure une information sur les risques associés à l'usage du cannabis, des outils de dépistage des usagers à risque et des usagers excessifs, et des moyens de lutte contre la conduite sous l'influence du cannabis.

CHAPITRE 17 - PRATIQUES DE SOINS

À l'exception des traitements offerts aux contrevenants incarcérés dans les institutions fédérales, les soins aux personnes ayant des dépendances relèvent essentiellement des provinces et territoires. Ce chapitre sera donc bref puisque nous n'avons reçu que quelques mémoires et témoins traitant de cette question.

Nous avons établi au chapitre 7 que la dépendance physique au cannabis est certainement rare et mineure. Certains symptômes d'accoutumance et de tolérance sont identifiables chez les usagers chroniques de longue date, mais la plupart d'entre eux n'ont aucun mal à arrêter et n'ont pour la plupart pas besoin de sevrage.

Quant aux formes de dépendance psychologique, les études sont encore incomplètes, mais les données internationales tendent à indiquer qu'entre 5 % à 10 % des usagers réguliers (au moins au cours du dernier mois) sont à risque de développer une dépendance au cannabis. Rappelant que chez les adultes environ 3 % ou 600 000 Canadiens auraient consommé du cannabis au cours du dernier mois et qu'environ 100 000 ou 0,5 % en feraient un usage quotidien, nous avons estimé qu'entre 30 000 et 40 000 en feraient un usage à risque et qu'entre 5 000 à 10 000 en feraient un usage excessif. Chez les jeunes de 16 et 17 ans, entre 50 000 et 70 000 seraient à risque et entre 8 000 et 17 000 feraient un usage excessif. Nous avions aussi vu que la période de consommation la plus intensive se produirait entre 17 et 25 ans. C'est dire que c'est à l'intérieur de ces paramètres qu'il faut chercher à prévenir la dépendance au cannabis et offrir les services de réadaptation nécessaires.

Quelle forme prend la dépendance au cannabis ? La plupart des auteurs s'entendent pour dire que la dépendance psychologique au cannabis est aussi relativement mineure. En fait, elle n'aurait rien de comparable avec la dépendance au tabac ou à l'alcool, et serait même moins importante que la dépendance à certains médicaments psychotropes.

Nous avons observé que :

- Il convient d'abandonner le terme de toxicomanie et de parler d'abus de substances et de dépendances.
- Entre 5 % à 10 % des usagers réguliers de cannabis seraient à risque de développer une dépendance.

- La dépendance physique au cannabis est à peu près inexistante.
- La dépendance psychologique est modérée et certainement moindre que pour la nicotine ou l'alcool.
- La plupart des usagers réguliers de cannabis se sortiraient d'une trajectoire de dépendance sans avoir besoin de traitement.
- Il existe de multiples formes de traitement mais on ne connaît rien de l'efficacité spécifique des traitements pour les dépendances au cannabis.
- Règle générale, le traitement est plus efficace et moins dispendieux qu'une sentence d'incarcération.
- Il y aurait lieu de mener des études sur les programmes de traitement et notamment sur les traitements des personnes ayant des dépendances au cannabis.
- Il y aurait lieu de mener des études sur l'interaction du système cannabinoïde et du système opioïde.

CHAPITRE 18 - OBSERVATIONS SUR LES PRATIQUES

Nous avons jusqu'à présent décrit l'action publique en la découpant selon les grands secteurs d'intervention. Avant de clore cette troisième partie du rapport, nous faisons quelques observations d'ensemble qui coupent à travers l'ensemble des champs spécifiques que nous avons examinés. La première de ces observations concerne les difficultés d'une articulation entre les paliers et secteurs d'intervention, la seconde sur la difficulté d'arrimer les approches entre elles, et la troisième sur les coûts des drogues et des politiques publiques.

Une étude réalisée à partir des données de 1992 avait identifié les coûts suivants relatifs aux drogues illicites :

- Les coûts de toutes les drogues illicites représentaient en 1992 près de 1,4 milliards $ comparativement à 7,5 milliards $ pour l'alcool et 9,6 milliards $ pour le tabac.
- Exprimés en pourcentage du produit intérieur brut, la totalité des substances représentait 2,67 % du PIB, soit 0,2 % pour les drogues illicites, 1,09 % pour l'alcool et 1,39 % pour le tabac.
- Le coût principal des drogues illicites correspond aux externalités, c'est-à-dire les pertes de productivité (823 millions $), les soins de santé (88 millions $), les pertes en milieu de travail (5,5 millions $) soit au total environ 67 % des coûts relatifs aux drogues illicites.
- Les coûts des politiques publiques, ou coûts d'opportunité, représentent environ 33 %.
- Les coûts d'application de la loi représentent 29,2 % de tous les coûts, soit environ 88 % de tous les coûts de politique, le reste étant consacré à la prévention et à la recherche ainsi qu'à l'administration.

Notons que des études antérieures menées en Colombie-Britannique (1991), Ontario (1988) et au Québec (1988), utilisant des méthodologies différentes, avaient établi des coûts respectivement de l'ordre de 388 millions $, 1,2 milliard $ et 2 milliards $, soit 3,5 milliards $ pour ces seules trois provinces. Quoiqu'il en soit, et prenant le standard de l'étude du CCLAT, deux commentaires s'imposent.

Premièrement, en ce qui concerne les pertes de productivité, qui est le principal élément de coût, elles sont calculées en mortalité (547 millions $) et morbidité (275 millions $). Le cannabis n'est pas – sauf lorsqu'il y a accidents de la route – une cause de mortalité ; en ce sens, le cannabis n'entraîne pas ce type de coût social. La morbidité correspond aux pertes imputables aux difficultés générées par la consommation de drogues qui se traduisent en différence entre le revenu annuel moyen des usagers et celui de la population en général. Deux observations ici relativement au cannabis : une part importante des usagers sont des jeunes qui ne travaillent pas encore ; et d'autre part, le cannabis n'entraîne pas les mêmes problèmes de dépendances que l'héroïne ou la cocaïne avec les troubles conséquents. Il est donc vraisemblable que la part qu'on pourrait imputer au cannabis à cet égard est minime. Selon toute vraisemblance, si l'on suit le mode de calcul des auteurs, **le cannabis en soi entraîne peu d'externalités**, qui sont par ailleurs le principal poste de coûts sociaux des drogues illicites.

Deuxième observation. Après les pertes de productivité, le coût principal pour les drogues illicites dans l'étude de Single est celui de l'application de la loi qu'ils estimaient à environ 400 millions $. Nous avons déjà mentionné aux chapitres 14 et 15 que les coûts policiers et de la justice sont sûrement plus élevés et qu'ils totalisent vraisemblablement entre 1 milliard et 1,5 milliard $ au total. Quelle est la proportion reliée au cannabis ? Impossible de le savoir évidemment. Mais dans la mesure où 77 % de tous les délits relatifs aux drogues concernent le cannabis, où 50 % des délits relatifs aux drogues sont pour possession simple, tenant compte du fait qu'une proportion d'environ 60 % des incidents donneraient lieu à une mise en accusation, et qu'entre 10 % à 15 % des accusés recevraient une sentence d'incarcération, c'est dire qu'une proportion importante de l'activité du système de justice pénale en matière de drogues concerne les délits de cannabis. Il est permis de penser, mais nous admettons que ce n'est qu'une estimation grossière, que 30 % de toute l'activité du système de justice pénale porterait sur le cannabis. Sur la base de notre estimation la plus basse des coûts de l'ensemble du système de justice pénale, soit 1 milliard $, c'est donc environ 300 millions $ par an que coûterait l'application des lois sur le cannabis.

En somme, les principaux coûts sociaux relatifs au cannabis relèvent de choix de politiques publiques, principalement de la criminalisation continue de cette substance, tandis que les conséquences de l'usage de la substance elle-même ne comptent que pour une fraction de l'ensemble des coûts sociaux imputables à l'usage de drogues illicites.

Nous avons observé que :

- L'absence d'une véritable plate-forme nationale de débats et d'échanges sur les drogues illicites ne permet pas l'élaboration d'objectifs clairs ni d'indicateurs de mesure.
- L'absence d'une plate-forme nationale ne permet pas l'échange de connaissances et de bonnes pratiques.
- Les pratiques et approches varient considérablement entre les provinces et territoires et à l'intérieur d'eux.
- Les contradictions entre les approches des divers acteurs sur le terrain sont source de confusion.
- Les ressources et le pouvoir du domaine de l'application de la loi sont trop importants par rapport aux domaines de la santé, de l'éducation et à la société civile.
- Les coûts pour l'ensemble des drogues illicites s'élevaient à près de 1,4 milliards $ en 1992.
- Les coûts évalués à l'époque correspondaient pour 67 % aux externalités (coûts sociaux) et pour 33 % aux coûts de mise en oeuvre des politiques publiques.
- Il s'agit selon nous d'une sous-estimation des coûts des drogues illicites, tant des coûts de mise en oeuvre des politiques publiques que des coûts sociaux.
- Nous estimons que les coûts de l'application de la loi (policiers, judiciaires et correctionnels) sur les drogues sont de l'ordre de 1 à 1,5 milliard $ par année.
- Le principal coût de mise en œuvre des politiques publiques relativement au cannabis porte sur l'application de la loi et le système de justice ; nous l'estimons à une somme variant entre 300 et 500 millions $ par année.
- Les coûts du cannabis en externalités sont vraisemblablement minimes (pas de mortalité, peu d'hospitalisations et peu de pertes de productivité imputables au cannabis).
- Les coûts de mise en oeuvre des politiques publiques relatives au cannabis sont démesurément élevés comparativement aux conséquences sociales et sanitaires de cette substance.
- Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est sous-financé, et son budget annuel ne correspond qu'à 0,1 % des coûts sociaux des drogues illicites seulement (excluant l'alcool). Il faut porter ce budget à au moins 1% soit environ 15 millions $ annuellement.

QUATRIÈME PARTIE : OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE

CHAPITRE 19 - LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL

Ce chapitre pourrait commencer et se terminer sur une phrase : l'architecture des conventions internationales sur les drogues est un carcan qui, en ce qui concerne du moins le cannabis, est tout à fait irrationnel et n'a rien à voir avec des considérations scientifiques ni de santé publique.

Notre analyse de leur histoire et de leur évolution nous a mené à trois constats. Le premier a trait à l'absence de définitions. Les termes drogues, stupéfiants, ou psychotropes ne sont pas définis sinon que par des listes de produits classés en tableaux. La seule chose que nous révèle la Convention de 1961 des substances visées c'est qu'elles peuvent faire l'objet d'abus. La Convention de 1971 sur les psychotropes qui avait inversé les rôles puisque les pays fabricants des drogues synthétiques voulaient des critères moins englobant, indique que les substances visées peuvent provoquer la dépendance, la stimulation ou la dépression du système nerveux central, et qu'elles peuvent donner lieu à des abus «tels qu'elle(s) constitue(nt) un problème de santé publique ou un problème social justifiant qu'elle(s) soi(en)t placé(es) sous contrôle international ».

Le second constat, découlant du premier, souligne l'arbitraire des classifications. Stupéfiant figurant, en compagnie de l'héroïne et de la cocaïne, aux Tableaux I et IV – qui appellent les contrôles les plus sévères – de la Convention de 1961, le cannabis ne figure pas en soi à la Convention de 1971 mais le THC est un psychotrope qui figure au Tableau I en compagnie de la mescaline, du LSD, etc. Le seul critère apparent de distinction est celui de l'usage médical et scientifique, expliquant pourquoi les barbituriques se retrouvent au Tableau III de la Convention de 1971, soumis à des contrôles moins sévères que les hallucinogènes naturels... Non seulement ces classifications sont-elles arbitraires, mais de surcroît elles ne reflètent ni les classifications pharmacologiques des substances ni leur dangerosité sociale.

Troisième constat, si l'on s'était préoccupé des questions de santé publique en fonction de la dangerosité des « drogues », on doit se demander pourquoi le tabac et l'alcool ne figurent pas parmi les substances contrôlées.

De ces constats, nous émettons l'observation que le régime international de contrôle des substances psychoactives, par delà les fondements moraux et parfois racistes qui ont pu l'animer à ses débuts, **est surtout un système reflétant la géopolitique des relations Nord-Sud au cours du 20e siècle** : ce sont en effet les substances organiques – coca, pavot et cannabis – faisant souvent partie des traditions ancestrales des pays d'où originent ces plantes, qui ont fait l'objet des contrôles les plus sévères, tandis que les productions culturelles du Nord, tabac et alcool, ne s'y retrouvaient pas et que les substances synthétiques produites par les industries pharmaceutiques du Nord étaient, elles, l'objet d'un régime réglementaire et non d'un régime d'interdiction. Il faut bien comprendre en ce sens l'exigence du Mexique, au nom d'un groupe de pays latino-américains, à faire interdire l'usage lors des négociations de la Convention de 1988, exigence qui permettait de rétablir un certain équilibre, les pays du Sud ayant dû porter, depuis les débuts de la prohibition, tout le poids des contrôles et de leurs effets sur **leurs** populations. Le résultat est peut-être malheureux, puisqu'il renforce un régime prohibitionniste dont le 20e siècle a amplement montré l'échec ; mais c'était peut-être le seul moyen, tenant compte de l'état d'esprit des principales puissances occidentales, de montrer à plus long terme l'irrationalité de tout le système. En tout état de cause, il n'y aurait qu'un pas à faire

pour interroger la légitimité d'instruments qui contribuent à entretenir les inégalités Nord-Sud sans pour autant avoir réussi – loin de là – à réduire ni l'offre ni la demande de drogues.

Nous avons observé que :

- Les conventions internationales élaborées depuis 1912 n'ont pas permis de réduire l'offre de drogues alors qu'elles étaient soi-disant conçues dans cet esprit.
- Les conventions internationales constituent un régime à deux vitesses réglementant les produits synthétiques produits par les pays du Nord et prohibant les substances organiques produites dans les pays du Sud, sans aucune considération pour les dangers réels que présentent ces substances pour la santé publique.
- Le cannabis a été inclus dans les conventions internationales en 1925 sans aucune connaissance de ses effets.
- Les classifications internationales des drogues sont arbitraires et ne reflètent pas la dangerosité des substances pour la santé ni pour la société
- Le Canada devrait informer la communauté internationale des conclusions de notre rapport et demander officiellement le déclassement du cannabis et de ses dérivés.

CHAPITRE 20 - APPROCHES DANS D'AUTRES PAYS

La vaste majorité des Canadiens ont entendu parler de la « guerre à la drogue » que mènent les USA et de son approche prohibitionniste, mais plusieurs seront étonnés de constater les variations importantes entre états, voire entre villes, de la fédération. Moins nombreux sont ceux qui savent que la Suède suit une politique d'interdiction au moins aussi rigoureuse mais par d'autres moyens. Beaucoup d'entre nous ont déjà entendu parler, d'une manière ou d'une autre, de l'approche «libérale » implantée aux Pays-Bas depuis déjà 1976. Moins auront entendu parler des approches espagnole, italienne, luxembourgeoise, ou suisse qui sont, à certains égards, encore plus libérales. Plus récemment, les Canadiens ont pris connaissance de la décision du ministre de l'Intérieur du Royaume-Uni de « déclasser » le cannabis au tableau C ; mais il n'est pas certain que nous sachions bien ce que cela signifie. Tenant compte des préconceptions que l'on se fait de la France par rapport au vin, plusieurs pourront être étonnés d'apprendre que sa politique en matière de cannabis semble plus « conservatrice » que ne le serait celle, par exemple, de son voisin belge.

On voit qu'une fois posé le cadre global du casse-tête par la communauté internationale, les manières d'en agencer les morceaux varient largement entre les États parfois entre les régions d'un même État. Évidemment, nous avons dû faire des choix. Nous nous sommes limités aux pays occidentaux du Nord ; c'est une faiblesse, nous en convenons, mais nos ressources étaient limitées. De surcroît, voulant mettre les politiques publiques en relation avec des données sur les tendances d'usage et les pratiques judiciaires, nous étions contraints de choisir des pays disposant d'une base d'informations. Quant aux audiences de représentants des pays, nous étions limités surtout par le temps.

Ce chapitre décrit la situation dans cinq pays européens soit en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse, ainsi qu'en Australie et aux USA.

CHAPITRE 21 - OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE ET DE LÉGISLATION

Une politique publique ne se réduit pas à la législation habilitante, dans ce cas-ci la loi pénale. Pourtant, en matière de drogues illicites, la législation pénale occupe une place symbolique et matérielle déterminante. En fait, tout se passe comme si elle était l'ossature même de toute la politique publique. Les débats publics sur le cannabis ne tournent pas autour des questions de santé publique, de santé des usagers, ou de prévention des usages à risque et excessifs, mais portent sur les questions de savoir s'il faut décriminaliser ou non, créer une infraction civile ou garder une infraction pénale, si l'on peut légaliser et jusqu'où.

Une politique publique sur les drogues repose d'abord sur un ensemble de principes directeurs ; c'est l'exercice que nous avons mené au chapitre 3. De ces principes doivent découler des objectifs, le plus possible adoptés en commun avec les autres acteurs et paliers d'intervention. Et pour se matérialiser, elle doit disposer de l'ensemble des outils capables d'agir sur les divers enjeux que les drogues posent aux sociétés. La législation est l'un de ces outils. Pourtant, malgré que les principaux coûts sociaux des drogues touchent les entreprises, la santé ou les familles, la centralité du discours juridique fait en sorte de créer un déséquilibre de l'action publique au profit des agences chargées de l'application de la loi. Personne ne niera que leur travail soit nécessaire pour assurer l'ordre et la paix publique et pour lutter contre la criminalité organisée. Au même moment, le fait que 90 % et plus des ressources soient consacrées à l'application de la loi, que les actions les plus visibles dans la sphère publique sur les drogues soient les opérations policières et les décisions des tribunaux, et que, au moins en matière de cannabis, la loi soit en décalage par rapport aux attitudes et opinions des citoyens, crée un fossé réel entre les besoins et la pratique.

La plupart des stratégies nationales connaissent une forme semblable de déséquilibre. Mais les stratégies nationales qui semblent les mieux à même de réussir sont celles qui se donnent des moyens pour corriger ce déséquilibre. Ces stratégies mettent en place des outils de connaissance et d'observation, identifient des indicateurs de réussite par rapport à leurs objectifs, et créent un véritable centre nerveux de mise en œuvre et de suivi de la politique publique. La loi, la loi pénale notamment, est alors remise à sa place qui est celle d'un moyen parmi d'autres pour atteindre les objectifs fixés et non de devenir un but en soi. D'autant plus que les données disponibles, ici comme ailleurs, obligent à s'interroger sur l'efficacité des politiques publiques centrées sur la loi pénale et son application.

Ce chapitre se divise en trois sections. La première porte précisément sur la question de l'efficacité des mesures légales de lutte aux drogues et montrera que les régimes juridiques ont peu d'effets sur la consommation ou sur l'offre. La seconde section décrit les diverses composantes d'une politique publique. Et la troisième

réfléchit sur les orientations de la politique pénale, définissant au passage les principaux termes qui sont utilisés : décriminalisation, dépénalisation, déjudiciarisation, légalisation, réglementation.

Selon nous, il est clair que si les politiques publiques ont pour but de réduire la consommation et l'offre de drogues, spécifiquement de cannabis, tout indique qu'elles ont échoué. On peut penser que la situation serait pire si ce n'étaient des efforts actuellement consentis à lutter contre les drogues illicites. C'est possible. À l'inverse, on peut aussi penser que les efforts de lutte qui occupent le centre de la scène entraînent des effets pervers plus grands que les bénéfices qu'elles ne produisent, notamment le non-respect de lois qui ne sont pas en phase avec les attitudes et pratiques de la population. Quoiqu'il en soit, les données sont insuffisantes pour porter un jugement définitif sur cette question.

L'une des raisons de cet échec tient à la place centrale, trop importante en fait, qu'occupe le droit pénal dans une vision d'interdiction de l'usage, une orientation plus ou moins explicite mais toujours omniprésente, toujours déterminante, de l'horizon d'une société sans drogues.

Nous pensons qu'une **politique publique sur les substances psychoactives doit être intégrée et adaptée, cibler les usages et conduites à risque et les abus selon une approche de santé publique qui ne banalise ni ne marginalise les usages**.

Certains diront que la décriminalisation est un pas dans la bonne direction qui donne à une société le temps d'acculturer le cannabis, de convaincre les opposants que le chaos ne s'installe pas, d'adopter aussi des mesures efficaces de prévention. Nous pensons cependant que **cette approche est en fait le scénario du pire, privant l'État d'un outil de régulation nécessaire sur l'ensemble du processus de production, de distribution et de consommation, en même temps qu'elle transmet un double message au fond plutôt hypocrite**.

Nous pensons que l'ensemble des données que nous avons recueillies sur le cannabis et ses dérivés justifie notre conclusion générale à l'effet que **la réglementation de la production, de la distribution et de la consommation de cannabis est un régime préférable à la prohibition, pour autant qu'elle s'inscrive dans une politique publique intégrée et adaptée sur les substances. Un régime de réglementation sur le cannabis devrait permettre notamment :**

- ***De cibler plus efficacement les trafics illégaux et de diminuer le rôle du crime organisé.***
- ***De mener des programmes de prévention plus adaptés à la réalité et plus à même de prévenir et dépister les conduites à risque.***
- ***De mieux contrôler les produits, leur qualité et leurs propriétés.***
- ***De mieux informer et éduquer les usagers.***
- ***De respecter les libertés individuelles et collectives et de mettre la loi en phase avec le comportement des Canadiens.***

Nous sommes d'avis que la société canadienne est prête pour une politique responsable de réglementation du cannabis pour autant qu'elle respecte ces principes fondamentaux.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites avait pour mandat d'examiner l'approche de politique publique canadienne en matière de cannabis, son efficacité et ses impacts, à la lumière des connaissances sur les effets sociaux et sanitaires du cannabis et du contexte international. Au cours des deux dernières années, nous avons entendu des experts canadiens et étrangers et revu une imposante somme de travaux de recherche scientifique, nous avons cherché à saisir l'état de l'opinion et des attitudes de nos concitoyens, nous avons réfléchi sur des principes directeurs susceptibles d'orienter une politique publique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier. Notre rapport a tenté de faire le point sur l'état des connaissances et des pratiques, proposant au fil des chapitres un certain nombre de conclusions.

Nous dégageons ici les principales conclusions qui émergent de l'ensemble de ces informations, et présentons les recommandations qui en découlent, traduisant ainsi la thèse fondamentale qui sous-tend notre rapport, à savoir : ***dans une société libre et démocratique qui reconnaît fondamentalement mais non exclusivement la primauté du droit comme source de règles normatives, et où la puissance publique doit le plus possible favoriser l'autonomie et conséquemment utiliser avec parcimonie les outils de contrainte, une politique publique sur les substances psychoactives doit s'articuler sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité et les droits et libertés de chaque individu qui, naturellement et légitimement, recherche son bien-être et son épanouissement, et a la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre.***

IL Y A TRENTE ANS, LE DAIN

Il y a maintenant trente ans, la Commission Le Dain rendait public son rapport sur le cannabis. Cette Commission royale disposait de moyens autrement plus importants que les nôtres. Par contre, nous disposions d'une base de connaissances nettement plus élaborée ainsi que du recul additionnel que nous donnent ces trente ans.

La Commission avait conclu que la criminalisation du cannabis n'avait reposé sur aucun fondement scientifique. Trente ans plus tard, nous pouvons réaffirmer sa

conclusion et ajouter que la continuation de la criminalisation du cannabis ne se justifie toujours pas au regard des données scientifiques sur sa dangerosité.

La Commission avait entendu et étudié les mêmes arguments sur la dangerosité du cannabis : apathie, perte d'intérêt et de concentration, difficultés d'apprentissage. Certains commissaires, pour la majorité, avaient conclu que ces préoccupations, sans être prouvées, justifiaient une politique restrictive. Trente ans plus tard, nous pouvons affirmer que les études menées depuis n'ont pas confirmé la validité de ces éléments du syndrome dit amotivationnel et ajouter que la plupart des études infirment l'existence de ce syndrome pour cause de consommation de cannabis.

La Commission avait conclu qu'on ne connaissait pas suffisamment les effets de l'usage excessif et persistant. Nous pouvons affirmer que ces formes d'usage existent, qu'elles présentent des risques pour la santé, mais que ces usages excessifs demeurent le fait d'une minorité de consommateurs. Et ajouter aussi qu'une politique publique doit se donner les moyens de prévenir et dépister les conduites à risque, ce que nos politiques n'ont pas réussi à faire jusqu'à maintenant.

La Commission avait conclu que les effets à long terme du cannabis sur les fonctions cérébrales avaient été largement exagérés mais qu'ils pouvaient affecter le développement des adolescents. Nous abondons dans le même sens, précisant que les conséquences à long terme du cannabis semblent, dans la plupart des cas, réversibles et notant de surcroît que les adolescents qui sont ou deviennent consommateurs au long cours constituent une infime minorité de ceux qui expérimentent le cannabis. Et ajoutant encore qu'une politique publique doit précisément viser à prévenir l'usage précoce ainsi que les conduites à risque.

La Commission s'était inquiétée que la consommation de cannabis ne mène à l'usage d'autres drogues. Trente ans d'expérience aux Pays-Bas montrent amplement le contraire, de même que les politiques libérales de l'Espagne, de l'Italie ou du Portugal. Et chez nous, malgré l'augmentation constante des usagers de cannabis, nous n'avons pas proportionnellement plus d'usagers de drogues dures qu'il n'y en avait à l'époque.

La Commission s'était encore inquiétée que la légalisation ne signifierait l'augmentation de la consommation, notamment chez les jeunes. Nous n'avons pas légalisé et nous détenons l'un des taux les plus élevés au monde. Les pays qui ont adopté une politique plus libérale ont pour la plupart des taux moindres que les nôtres, et ont des taux qui se sont stabilisés après une courte période d'augmentation.

Trente ans plus tard, nous constatons que :

- Des milliards de dollars ont été engloutis dans l'application des lois sur le cannabis sans donner plus de résultats : il y a plus de consommateurs, plus d'usagers réguliers, plus d'usagers réguliers chez les adolescents

- Des milliards de dollars ont été engloutis dans l'application des lois sur le cannabis pour en réduire l'offre sans donner plus de résultats : le cannabis est plus disponible que jamais, cultivé à grande échelle, exporté même, grossissant les coffres et augmentant le pouvoir d'organisations criminelles
- Des dizaines de milliers d'arrestations et de condamnations ont été prononcées pour possession de cannabis, des milliers de personnes incarcérées, sans affecter le moindrement les tendances d'usage, mais augmentant encore davantage le fossé que la Commission avait noté entre la loi et son respect par le public.

Il est temps de se rendre à l'évidence : nos politiques ont été inefficaces parce que ce sont de mauvaises politiques.

L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES

Il n'y a pas, à proprement parler, de stratégie ni fédérale ni nationale. Certaines provinces ont une stratégie, d'autres non. Il y a beaucoup de bruit mais peu d'actions fortes. En l'absence d'indicateurs clairs et acceptés par l'ensemble des acteurs pour évaluer l'efficacité des politiques publiques au Canada, il est difficile de déterminer si les actions menées sont efficaces. Puisque la politique vise à réduire la demande, c'est-à-dire les taux d'usage, et l'offre en diminuant la disponibilité et poussant les prix à la hausse, on peut au moins utiliser ces deux indicateurs.

Si l'on examine les tendances d'usage de cannabis, tant chez les adultes que chez les jeunes, **force est d'admettre que nos politiques sont inefficaces**. Nous avons vu au chapitre 6 que les tendances d'usage sont en augmentation. Si nos estimations reflètent adéquatement la réalité, pas moins de 2 millions de Canadiens âgés entre 18 et 65 ans ont fait usage du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois, et au moins 750 000 jeunes entre 14 et 17 ans ont fait usage du cannabis au moins une fois par mois et environ le tiers d'entre eux à chaque jour, proportions qui seraient, au moins dans les quatre provinces les plus populeuses, en augmentation. Qu'il s'agisse de l'usage ou des usages à risque, toutes les données laissent penser que l'un et l'autre sont en augmentation.

Évidemment, il faudrait être en mesure d'établir clairement si l'objectif poursuivi est l'horizon d'une société sans drogue, du moins sans cannabis, ou si l'on vise à réduire les conduites à risque et les abus. Mais là dessus, on nage en pleine confusion tant nos politiques publiques ont maintenu l'emploi de termes vagues et refusé de décider si elles sont axées sur l'abus de substances comme l'indique la terminologie anglaise de plusieurs documents ou la lutte à la toxicomanie comme le veulent les titres français.

Il y a beau jeu de condamner la « banalisation » du cannabis dans la population pour « expliquer » ces augmentations : mais il faudrait aussi savoir pourquoi cette banalisation, si tant est qu'elle se produise. Et il faudrait aussi savoir d'où proviendrait

cette banalisation, tenant compte de la prégnance des discours anti-drogues. On peut blâmer les tribunaux et les juger trop laxistes : peut-être les juges ont-ils une longueur d'avance sur les responsables des politiques sur le cannabis et de l'application des lois. Il faudrait d'ailleurs savoir si les sentences sont vraiment aussi faibles que certains le prétendent. Il faudrait surtout se demander si des sentences plus sévères seraient un dissuasif efficace, sachant par ailleurs que le risque de détection par la police – que les corps policiers eux-mêmes estiment à guère plus de 10 % – est un dissuasif beaucoup plus important que la sentence. Bon an mal an, plus de 20 000 Canadiens sont arrêtés pour possession simple de cannabis seulement, et peut-être jusqu'à 50 000 selon la manière d'interpréter les statistiques. C'est déjà beaucoup trop de Canadiens pour ce type de comportement. Pourtant, rapporté au nombre d'usagers au cours des 12 derniers mois, soit environ 3 millions de personnes au total, ce sont des chiffres dérisoires. Il ne faut pas croire qu'on pourrait augmenter significativement ce nombre même en consacrant des milliards supplémentaires à la répression policière. Et il ne faut surtout pas penser qu'on devrait même tenter de le faire.

Si l'on examine la disponibilité et le prix des drogues, **il faut aussi admettre que les politiques de réduction de l'offre sont inefficaces**. Partout au Canada, et en Colombie-Britannique et au Québec plus qu'ailleurs, l'industrie du cannabis est en croissance, inondant les marchés locaux, irritant nos voisins américains, alimentant plein les coffres le monde interlope. Quant aux prix, ils ne diminuent pas soit, mais la qualité des produits augmente, notamment le contenu en THC – même si nous doutons de l'ampleur de l'augmentation qui nous a parfois été rapportée. Pourtant, les organisations policières disposent déjà de plus de pouvoirs et de latitude en matière de drogues qu'en toute autre matière pénale, plus encore depuis la tragédie du 11 septembre 2001. Pourtant, les sommes consacrées à la répression représentent déjà plus de 90 % de toutes les dépenses relatives aux drogues illicites toutes drogues confondues. Jusqu'où veut-on aller plus loin ?

Clairement, les réponses actuelles sont inefficaces. Et elles sont inefficientes. C'est un peu comme jeter l'argent des contribuables par la fenêtre au nom d'une croisade que la dangerosité du produit ne justifie pas. On nous a dit que les drogues, le cannabis inclus, ne sont pas dangereuses parce qu'illégales mais illégales parce que dangereuses. C'est peut-être vrai d'autres drogues, ce ne l'est pas du cannabis. Il faudrait qu'on se le dise une fois pour toutes et qu'on cesse de faire prendre une croisade pour la poursuite du bien public.

UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS

On peut souhaiter la santé pour tous et le bonheur au quotidien. Mais chacun d'entre nous sait combien l'un et l'autre sont fragiles. Surtout, nous savons tous que ni la santé ni le bonheur ne peuvent être imposés. Moins encore imposés par le droit criminel au nom d'une certaine idée de la morale. Quoique alléchants que puissent être les appels à une société sans drogues, et même si certains pourraient souhaiter que

personne n'ait envie de fumer, de boire de l'alcool, ou de fumer un joint, nous savons en même temps que ces comportements, pour le meilleur et pour le pire, font partie de la réalité sociale et de l'histoire de l'humanité.

Quel doit alors être le rôle de l'État ? Ni abdiquer et laisser les marchés des drogues à l'état sauvage, ni non plus imposer une manière de vivre. Nous avons plutôt opté pour une conception où les politiques publiques de l'État doivent **favoriser et soutenir l'émancipation des personnes et des collectivités**. Pour certains, ce sera sûrement l'émancipation hors des drogues. Mais pour d'autres, la voie de l'émancipation peut passer par l'usage de drogues. Et pour la société dans son ensemble, cela signifie un État qui ne dicte pas ce qu'il convient d'ingurgiter et sous quelle forme. Soutenir l'émancipation signifie alors, obligatoirement, flexibilité et adaptabilité. C'est pourquoi une politique publique sur le cannabis saura être claire en même temps que tolérante, servir de guide en même temps que se retenir d'imposer une norme unique. Cette conception du rôle de l'État s'appuie sur une **éthique de l'autonomie et surtout de la responsabilité des personnes et des collectivités**. Il est effectivement beaucoup plus difficile de laisser aux personnes la capacité de prendre leurs décisions ; plus difficile parce que donnant moins l'illusion du contrôle. Mais précisément, c'est une illusion ; et nous le savons. Réconfortante peut-être à certains moments, mais susceptible de susciter combien d'excès, combien de souffrances inutiles aussi. Une éthique de la responsabilité informe sur les attentes sociales (ne pas consommer en public, ne pas vendre aux enfants), éduque sur les comportements responsables (reconnaître les conduites à risque, savoir consommer avec modération), et soutient les personnes en difficulté (en offrant un éventail de traitements).

De cette conception de l'action publique, découle un rôle restreint pour le droit pénal. En matière de cannabis, **il s'agira uniquement de proscrire les comportements qui causent un tort démontrable à autrui** : trafics illégaux, vente à mineurs, conduite avec facultés affaiblies.

Enfin, une politique publique saura tirer parti des connaissances et de la recherche scientifique sans tomber dans l'illusion scientiste comme si la science pouvait donner des réponses aux questions d'ordre politique. Oui, la connaissance a un rôle à jouer, et important, comme **outil d'aide à la décision**. Autant pour aider aux décisions de la puissance publique que celles des citoyens. Mais la science ne peut qu'être cela, et c'est bien suffisant. C'est pourquoi nous pensons qu'un observatoire des drogues et des dépendances, ainsi qu'un programme de recherches s'imposent : pour aider à la décision de ceux qui suivront après nous.

UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE

Même si nous nous sommes concentrés sur le cannabis, nous avons été à même d'observer les faiblesses inhérentes de la stratégie fédérale en matière de substances psychoactives. À l'évidence, il n'y a pas de véritable stratégie et d'orientation d'actions. Derrière le leadership supposé de Santé Canada, se profilent en effet une absence de

moyens réels d'action, un patchwork d'approches désarticulées entre les diverses substances, un éclatement aussi des actions des divers ministères. Certes, il y a des structures de coordination, mais sans des moyens véritables et des orientations claires, chacun mène ses actions selon ses priorités. Il en résulte que sont financés toute une série de programmes d'action sans que l'on puisse discerner la logique d'ensemble.

De nombreux acteurs nous ont fait part de leur désarroi devant ce puzzle dont les morceaux semblent parfois évanescents, cet empilement de décisions dont on voit mal la cohérence et qui occasionnent maintes frictions sur le terrain. Divers observateurs étrangers nous ont aussi souligné leur étonnement que le Canada, pays riche et qui n'est pas à l'abri des problématiques reliées aux substances psychoactives, n'ait pas un « champion », un porte-parole, une figure d'autorité capable de maîtriser les enjeux réels en même temps que d'obtenir une véritable concertation entre les acteurs.

C'est pourquoi nous recommandons la création d'un poste de conseiller national en matière de substances psychoactives au sein du Bureau du Conseil Privé. Il ne s'agit pas de créer une superstructure gérant l'ensemble des budgets et actions relatives aux substances psychoactives. En clair, nous envisageons une approche semblable à celle de la Mission interministérielle à la drogue et à la toxicomanie en France plutôt qu'une approche semblable à celle de l'Office pour la politique sur le contrôle des drogues aux États-Unis.

Soutenu par un petit secrétariat et par les personnels prêtés par les ministères, ce Conseiller aurait pour mandat de conseiller le Cabinet et le Premier ministre sur les questions nationales et internationales relatives aux substances psychoactives, d'assurer la coordination fédérale entre les ministères et agences, de veiller à l'élaboration et à l'atteinte des objectifs d'action du gouvernement fédéral en matière de substances psychoactives et d'agir comme porte-parole du Gouvernement canadien sur la scène internationale sur les questions relatives aux substances psychoactives.

Recommandation 1

Le Comité recommande que soit créé, au sein du Bureau du Conseil privé, un poste de Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances ; que ce conseiller soit appuyé d'un petit secrétariat ; et que chaque ministère et organisme fédéral concerné par les substances psychoactives détachent auprès de ce secrétariat et à sa demande, le personnel nécessaire.

UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS

Une politique et une stratégie fédérales ne font pas une stratégie nationale. Provinces, territoires, municipalités, organismes communautaires, voire le secteur privé, y jouent un rôle, chacun selon son champ de compétences, chacun selon ses priorités.

C'est nécessaire et cette diversité mérite d'être encouragée. Au même moment, il faut aussi encourager une certaine harmonisation et surtout des échanges fructueux sur les pratiques et les embûches, sur les progrès et les reculs, sur les connaissances. Hormis les actions portées à bout de bras et avec peu de moyens par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, il y a trop peu d'occasions et de mécanismes favorisant ces échanges. **L'importance des enjeux relatifs aux drogues et aux dépendances, aujourd'hui comme demain, justifie que le Gouvernement du Canada consacre des moyens et se dote des outils susceptibles de contribuer véritablement à des politiques justes, équitables et éclairées.**

Comme la plupart des observateurs canadiens et étrangers de la situation des drogues, nous n'avons pu que constater la faiblesse de nos outils et moyens de détermination et de suivi de nos objectifs de politique publique en matière de substances psychoactives. On peut ne pas être d'accord avec les objectifs chiffrés que propose l'Office américain du tsar sur les drogues pour la réduction de la consommation ou pour le nombre de programmes de traitement implantés et évalués. On peut au moins reconnaître qu'il s'agit là de balises proposées à l'ensemble des acteurs et de points de référence pour une évaluation des progrès accomplis.

On peut ne pas être tout à fait à l'aise avec la complexité du processus australien de définition d'objectifs où une grande conférence quinquennale réunit l'ensemble des partenaires des divers paliers de gouvernement, des institutions et du milieu associatif, mais on peut au moins constater que les objectifs agréés par l'ensemble des participants constituent un cadre de référence clair et permettent une meilleure harmonisation.

On peut encore penser lourde la structure de connaissance sur les tendances et modes d'usage des drogues telle qu'on la voit en Europe dans l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et dans les quinze pays de l'Union, ou coûteuse la pratique américaine de mener diverses études épidémiologiques chaque année. On peut même admettre que les enquêtes menées souffrent d'un certain nombre de problèmes et sont loin de fournir une représentation parfaite des phénomènes de consommation de substances psychoactives. Mais au moins ces outils, cités internationalement, permettent à la fois de constituer une base d'information solide pour analyser les évolutions dans le temps, pour tenter de saisir l'apparition de nouveaux phénomènes de consommation et y réagir rapidement, pour évaluer la pertinence et l'efficacité des actions menées. Rien de tout cela n'existe au Canada et, parmi les pays riches de l'Occident, nous sommes les seuls à ne pas disposer d'une telle structure de connaissance.

Pour ces diverses raisons, le Comité recommande que le Gouvernement du Canada soutienne diverses actions susceptibles de permettre l'élaboration d'une véritable stratégie nationale. Il s'agirait en premier lieu de convoquer une conférence nationale avec l'ensemble des partenaires pour fixer les objectifs et priorités d'action sur un horizon de cinq ans. Cette conférence devrait aussi identifier des indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis après cinq ans. En deuxième lieu, il faut refonder le Centre canadien sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Non seulement cet

organisme n'a-t-il pas de moyens, mais de surcroît il est toujours sujet aux aléas de la volonté politique du ministre de la Santé. Le Centre devrait disposer d'un budget aux dimensions des problématiques des substances psychoactives ainsi que de l'indépendance nécessaire lui permettant de mener ses travaux. Enfin, il faut aussi constituer au sein du Centre un véritable observatoire canadien des drogues et des dépendances.

Recommandation 2
Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada mandate le Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances à convoquer pour 2003 une conférence nationale de haut niveau regroupant les acteurs clés des provinces, territoires, municipalités et associations, pour fixer des objectifs et des priorités d'action en matière de substances psychoactives sur un horizon de cinq ans.

Recommandation 3
Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada modifie la législation habilitante du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour en changer l'appellation pour *Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances* ; en faire un organisme relevant du Parlement du Canada ; doter cet organisme d'un budget de fonctionnement annuel de base de 15 millions $ sujet à révision annuelle à la hausse ; exiger de cet organisme qu'il dépose au Parlement fédéral et aux Assemblées et Parlements des provinces et territoires un rapport annuel sur les actions menées, les enjeux soulevés par la pratique, la recherche et les tendances ; mandater cet organisme à assurer la coordination nationale de la recherche sur les substances psychoactives et les dépendances, et à mener certaines études sur des questions spécifiques ; et mandater le Centre à réaliser à tous les cinq ans une évaluation de la stratégie nationale en matière de substances psychoactives et de dépendances.

Recommandation 4
Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada inclue spécifiquement dans la législation constituant le Centre canadien sur les drogues et les dépendances la création, au sein du Centre, d'un *Observatoire canadien sur les substances psychoactives et les*

dépendances **; prévoit que cet Observatoire soit mandaté pour mener, à chaque deux ans, en collaboration avec les organismes pertinents, des enquêtes sur les tendances d'usage des drogues et problématiques de dépendances dans la population adulte ; assure avec les provinces et les territoires l'harmonisation des études en population étudiante et leur régularité aux deux ans ; mène des études ponctuelles sur des sujets spécifiques ; et dépose un rapport bisannuel sur les tendances d'usage et les problématiques émergentes.**

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Lorsque le cannabis a été inclus parmi les drogues prohibées en 1923, il n'y a eu ni débat public ni discussion des effets connus de cette drogue. En fait, les opinions exprimées étaient sans commune mesure avec les dangers que pouvait représenter cette substance. Un demi-siècle plus tard, la Commission royale d'enquête sur l'usage non médical des drogues, la Commission Le Dain, avait apporté un peu plus de rationalité dans le débat sur le cannabis et fait le point sur l'état des connaissances. Ses commissaires étaient divisés non pas tant sur la nature de la drogue et de ses effets que sur le rôle de l'État et du droit pénal pour atteindre des objectifs de santé publique. Trente ans après le rapport de la Commission Le Dain, nous pouvons affirmer que, consommé de manière modérée, **le cannabis en soi présente peu de dangers pour les usagers ou pour la société, mais que certaines formes d'usage présentent des risques pour les usagers**.

Par contre, en plus d'être inefficace et coûteuse, la criminalisation actuelle entraîne une série de conséquences perverses pour les usagers qu'elle marginalise et expose au risque discriminatoire de l'arrestation et de la procédure judiciaire, pour la société en alimentant les réseaux de criminalité organisée qui profitent de la prohibition, et pour les gouvernements en diminuant leur capacité à faire une véritable prévention des usages à risque.

Ajoutons que, **même si le cannabis avait des effets négatifs importants, il faudrait s'interroger sur la pertinence d'utiliser la voie pénale pour en limiter les conséquences**. Nous avons démontré que le droit pénal n'est pas un outil de gouvernance approprié dans les matières relevant de choix personnels et dont on sait que la prohibition s'accompagne d'effets pervers souvent plus importants que les effets positifs escomptés. Mais l'état des connaissances accumulées sur le cannabis, ses effets et ses conséquences, nous permet de ne pas avoir même à soulever cette question.

Pour autant, les données disponibles montrent qu'on ne peut plus continuer à se cacher l'ampleur du phénomène de consommation de cannabis. Nous avons vu en effet au chapitre 6 que pas moins de 30 % des Canadiens et Canadiennes (12 à 64 ans) auront expérimenté le cannabis au moins une fois au cours de leur vie, proportion qui

est probablement une sous-estimation. Nous avons vu que chez les jeunes de niveau secondaire, la proportion de ceux qui ont consommé du cannabis aux cours de la dernière année avoisine les 50 %. Et pourtant, le taux de discontinuation est très élevé et la vaste majorité des expérimentateurs ne deviennent pas des usagers réguliers. Même chez les usagers réguliers, seule une faible proportion développe des problèmes objectifs de consommation excessive qui pourra inclure un certain niveau de dépendance psychologique. Les usagers ne suivent pas une trajectoire de consommation qui les mène inévitablement du moins vers le plus, mais ont plutôt des consommations en dents de scie. Les usagers réguliers tendent aussi à avoir une consommation élevée au début de la vingtaine, qui diminue ou se stabilise par la suite, et qui pour la grande majorité cesse au milieu de la trentaine.

Affirmer ce qui précède, ce n'est pas pour autant affirmer que la consommation de cannabis devrait être encouragée ni non plus qu'elle devrait faire l'objet d'un laisser-faire total. Évidemment, il s'agit d'une substance psychoactive qui a certains effets sur les fonctions cognitives et motrices. Lorsque fumé, le cannabis peut entraîner des effets nocifs sur les voies respiratoires et comporte probablement aussi un potentiel cancérogène. Chez certaines personnes vulnérables, il convient de chercher le plus possible à prévenir l'usage. C'est le cas pour les jeunes de moins de 16 ans et des personnes que certaines conditions personnelles peuvent rendre plus vulnérables (par exemple les personnes ayant des prédispositions psychotiques). Chez les usagers adultes, il convient de promouvoir une utilisation raisonnable comme on le fait pour l'alcool. Puisqu'il existe, comme pour toute substance, des usages à risque, il convient d'élaborer des mesures de prévention et des outils de dépistage et de développer les approches de traitement pour les personnes qui en font un usage excessif. Enfin, il va de soi qu'il faut dissuader la conduite sous l'influence de cannabis tant par des mesures d'éducation que par des mesures pénales sévères.

Comme pour toute autre substance, il existe des usages à risque et des usages excessifs. Il n'existe pas de critère objectif universellement admis sur les frontières entre usage, usage à risque et usage excessif. On sait que le contexte d'usage, l'âge d'initiation, la qualité du produit consommé et la quantité sont des facteurs qui interviennent dans le passage d'une forme d'usage à l'autre. Nous avons identifié, aux chapitres 6 et 7 divers critères que nous rassemblons dans le tableau suivant.

Proposition de critères pour différencier les usages

	Contexte	Quantité	Fréquence	Durée et intensité
Expérimentation / Occasionnel	Curiosité	Variable	Quelques fois au cours de la vie	Aucune
Régulier	Récréatif, festif Surtout le soir Surtout en groupe	Quelques joints Moins d'un gramme par mois	Quelques fois par mois	S'échelonne sur quelques années mais rarement intensif
À risque	Récréatif et occupationnel (pour aller à l'école, au travail, faire du sport…) Seul, le matin Moins de 16 ans	Entre 0,1 et 1 gramme par jour	Quelques fois par semaine, le soir, les fins de semaine surtout	S'échelonne sur plusieurs années avec des pics d'intensité élevée
Excessif	Occupationnel et problèmes personnels Usages dérégulés	Plus d'un gramme par jour	Plus d'une fois par jour	S'échelonne sur plusieurs années avec une intensité élevée continue pendant plusieurs mois à la fois

Il est temps de reconnaître que si **le cannabis en soi ne représente que très peu de danger pour les usagers et pour la société, certains usages présentent des risques**. C'est pourquoi une politique publique doit **se concentrer sur la prévention des usages à risque et l'aide et le traitement aux usagers excessifs**.

Recommandation 5

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada adopte une *politique intégrée sur les risques et les méfaits des substances psychoactives* portant sur l'ensemble des substances (médicaments, alcool, tabac et drogues illicites). En matière de cannabis, cette politique sera axée sur l'éducation des consommateurs, la détection et la prévention des usages à risque et le traitement des usages excessifs.

UNE APPROCHE RÉGLEMENTAIRE SUR LE CANNABIS

La prohibition du cannabis **ne produit pas les bénéfices escomptés de réduction de l'usage ni des usages à problème**. Mais elle entraîne toute une série de conséquences perverses. Les usagers sont marginalisés et plus de 20 000 Canadiens sont arrêtés chaque année pour simple possession de cannabis. Dans les écoles, les jeunes ne jouissent plus des mêmes protections de leurs droits constitutionnels et

civiques que les autres personnes. Les organisations criminelles bénéficient de la prohibition et augmentent leur pouvoir et leur richesse grâce à la criminalisation du cannabis. Et chacun sait que l'on n'abolira pas l'usage de drogues dans nos sociétés, du cannabis en particulier.

Certains pourront penser qu'une politique alternative consiste à baisser les bras et à renoncer à la promotion du bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Certains pourront soutenir qu'une approche de réglementation du cannabis constituerait un affront aux valeurs fondamentales de notre société. Nous pensons au contraire que la continuation de la prohibition met la santé et le bien-être des citoyens du pays davantage en danger qu'une mise en marché réglementée du cannabis. Nous pensons que le maintien de la criminalisation est un affront aux valeurs fondamentales consacrées dans la Charte canadienne des droits et libertés et dans l'histoire de ce pays fondé sur la diversité et la tolérance.

Nous ne souhaitons pas que l'usage augmente, spécialement chez les jeunes. Mais les données que nous avons examinées aux chapitres 6 et 20 sur une base comparative montrent à l'évidence que les pays tels les Pays-Bas, l'Australie ou la Suisse ayant adopté une approche plus libérale n'ont pas vu leurs niveaux de consommation augmenter sur le long terme pour cette raison. Les mêmes données ont aussi montré clairement que des pays ayant une approche très restrictive comme la Suède et les États-Unis sont aux extrêmes en termes de niveaux de consommation, tandis que des pays ayant des approches libérales similaires comme les Pays-Bas et le Portugal sont aussi aux extrêmes entre eux et surtout sont quelque part entre la Suède et les USA. En somme, nous avons conclu que les politiques publiques en soi ont peu d'effet sur les tendances d'usage du cannabis et que d'autres facteurs, plus complexes et plus difficiles à maîtriser, interviennent davantage pour expliquer les variations.

Un régime d'exemption rendant le cannabis disponible légalement aux personnes de plus de 16 ans signifiera probablement une augmentation de la consommation pendant une certaine période. Ce niveau plafonnera ensuite, au fur et à mesure que l'intérêt s'émoussera et que les programmes de prévention efficaces seront implantés. Il suivra ensuite une tendance en dents de scie, marquée de pics et de creux, comme dans la plupart des autres pays.

Ni abdication ni à plat ventrisme, mais plutôt une vision du rôle de l'État et du droit pénal qui consistent à **susciter et favoriser l'action humaine sans la contrôler, àn e stipuler que les interdits nécessaires** relatifs aux principes fondamentaux du respect de la vie et de l'autre et à la vie collective harmonieuse, et à **soutenir et aider** et non à juger et condamner la différence.

On peut souhaiter un monde sans drogues. Moins de fumeurs de tabac. Moins d'alcoolisme. Moins de dépendance aux médicaments prescrits. Mais on sait qu'on n'éliminera pas ces maux. Et surtout, on ne choisit pas de les criminaliser. C'est la même approche, la même attitude, que nous pensons la plus saine et la plus respectueuse en matière de cannabis.

C'est pourquoi nous recommandons que le Gouvernement du Canada modifie la Loi réglementant certaines drogues et autres substances afin que la production et la vente de cannabis soient exemptées des infractions criminelles sous réserve d'obtention d'une licence. Certaines conditions seront attachées à l'obtention des licences ainsi qu'à la production et à la vente, que nous avons tenté de préciser et qui se trouvent à la fin de ce chapitre afin de ne pas alourdir le texte. Notons immédiatement que nous proposons d'exclure les fabricants de cigarettes de la production et de la vente de cannabis.

Recommandation 6

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada modifie *la Loi réglementant certaines substances et autres drogues* dans le but de créer un régime d'exemption criminelle. Cette loi prévoira : les conditions d'obtention des licences ainsi que de production et de vente ; des sanctions pénales pour le trafic illégal et l'exportation ; et le maintien des sanctions criminelles pour toute activité ne se conformant pas au régime d'exemption.

Recommandation 7

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada adopte une loi d'amnistie pour toute personne condamnée pour possession simple de cannabis en vertu de la Loi actuelle et des lois précédentes.

UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu au chapitre 9 que le cannabis n'a pas été établi comme médicament au sens pharmacologique du terme. Aux difficultés inhérentes à mener des études sur les applications thérapeutiques du cannabis, s'ajoutent des difficultés tenant au contexte juridique actuel et au coût pour les gouvernements de mener des études cliniques dont on sait qu'elles sont dispendieuses.

Ceci dit, nous ne doutons pas que, dans un certain nombre de conditions médicales, et pour certaines personnes, le cannabis soit effectivement une thérapie efficace et utile. L'est-il plus que ne le seraient d'autres médicaments ? Peut-être pas. Les médecins peuvent-ils présentement prescrire en toute confiance une dose de cannabis ? Sûrement pas. Les personnes atteintes de certaines affections physiques devraient-elles avoir la possibilité d'utiliser du cannabis si elles le désirent et quand le diagnostic de leur condition a été établi par un praticien dûment reconnu ? Nous en sommes persuadés.

La réglementation adoptée en 2001 par le ministre de la Santé, si elle constitue un pas dans la bonne direction, est fondamentalement insatisfaisante. Elle ne facilite pas l'accès au cannabis thérapeutique. Elle ne tient pas compte de l'expérience et de l'expertise disponible dans les organismes de compassion. Elle est limitée à la marijuana et n'inclut pas les dérivés du cannabis tels le haschich et les huiles.

Pour ces raisons, nous recommandons que le ministre de la Santé du Canada modifie la réglementation sur l'accès du cannabis aux fins médicales afin de permettre l'accès au cannabis thérapeutique fondé sur la compassion. De même que pour la section précédente, nous avons inclus des propositions de règles à la fin de ce chapitre.

Recommandation 8

Le Comité recommande que le *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales* soit modifié afin de prévoir des nouvelles règles concernant l'admissibilité, la production et la distribution de cannabis aux fins thérapeutiques. De plus, la poursuite de la recherche sur le cannabis thérapeutique est essentielle.

DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABIS

Nous avons vu au chapitre 8 que les effets du cannabis seul sur la conduite de véhicules n'ont pas été clairement établis par la recherche. Néanmoins, il y a suffisamment d'indications à l'effet que la conduite sous l'influence du cannabis modifie certaines capacités motrices et affecte la capacité à rester dans sa voie. Nous avons aussi vu que les effets combinés de consommation de cannabis et d'alcool diminuent les facultés davantage que l'alcool seul. Or, les enquêtes épidémiologiques montrent qu'un certain nombre d'usagers de cannabis prennent le volant sous l'influence et qu'une proportion importante, principalement chez les jeunes, semble croire que le cannabis ne diminue pas leurs facultés de conduite.

Ce chapitre avait aussi montré qu'il n'y a pas d'outil fiable et non intrusif de détection sur site. Des outils recourant à la salive sont prometteurs mais donnent pour le moment des résultats trop instables. Par ailleurs, nous avions vu que le système de reconnaissance visuelle élaboré et évalué principalement aux États-Unis constituait un outil fiable de détection de facultés affaiblies sous l'influence de drogues.

Recommandation 9

Le Comité recommande que le Code criminel soit modifié pour abaisser le seuil d'alcoolémie à quarante milligrammes d'alcool par cent millilitres de sang lorsqu'il y a présence de drogues, notamment mais pas exclusivement de cannabis ; et pour admettre en preuve le témoignage de policiers experts formés à la reconnaissance de conduite sous l'influence de drogues.

POURSUIVRE LA RECHERCHE

La recherche sur les substances psychoactives, et tout particulièrement sur le cannabis, a véritablement explosé au cours des vingt dernières années. Le Comité a pu constater d'expérience à quel point, puisque nous avons fait face au défi d'en tenter une synthèse. Toute la recherche n'est pas de même qualité et il est vrai que le climat juridique et politique actuel sur le cannabis nuit à la rigueur et à l'objectivité des études. Nous disposons donc d'une base de connaissances solide, celle qui nous a servi à appuyer nos conclusions et recommandations précédentes.

Il demeure toutefois un certain nombre de domaines sur lesquels il conviendrait de mener davantage d'études. Au chapitre 6, nous avons vu que les connaissances sur les usages et les contextes d'usage sont limitées, faute d'études de terrain auprès des usagers. Dans la même veine, il est pour le moment difficile d'établir des critères sur les diverses formes d'usage susceptibles de guider les acteurs de prévention. Nous avons suggéré que toute consommation de plus d'un gramme de cannabis par jour est excessive, qu'une consommation entre 0,1 et 1 gramme par jour est une consommation à risque. Nous avons aussi suggéré que toute consommation chez les moins de 16 ans est une consommation à risque. Ce sont là des spéculations informées, mais des spéculations tout de même, que la recherche devrait explorer.

Nous avons aussi vu aux chapitres 16 et 17 que nous connaissons peu de choses des actions de prévention et des traitements les plus efficaces. Ici aussi, le contexte a nui. En matière de prévention, le message plus ou moins implicite du «*just say no*» et l'accent sur la prévention de l'usage ont été des stratégies dictées par un contexte de prohibition. En matière de traitement des usagers à problème, les modèles de l'abstinence ont été longtemps dominants et ils cohabitent encore mal avec des modèles de réduction des méfaits. Il y aurait lieu de mener des études d'évaluation rigoureuses.

Le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances doit jouer un rôle clé sur la coordination des études et la dissémination de leurs résultats. Le Centre n'a pas à mener les études lui-même. Elles peuvent et doivent souvent être menées par des universitaires. Les Instituts de recherche en santé sont aussi des collaborateurs évidents. Néanmoins, il importe qu'un dépositaire central de

l'information issue de la recherche soit clairement identifié pour que ses résultats soient les plus largement disséminés et, souhaitons-le, utilisés.

Recommandation 10

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada constitue un fonds national de la recherche sur les substances psychoactives et les dépendances qui permettra de financer la recherche sur des questions clés et notamment sur les diverses formes d'usages, sur les applications thérapeutiques du cannabis, sur les outils de détection de la conduite sous influence, sur les programmes de prévention et de traitement efficaces ; et que le Gouvernement du Canada mandate le Centre canadien sur les substances psychoactives et les dépendances pour coordonner l'effort national de recherche et agir comme centre de ressources.

POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA

Le Comité est tout à fait conscient que le Canada, s'il choisit la voie rationnelle que le Comité lui recommande pour la réglementation du cannabis, contreviendrait ainsi aux dispositions des Conventions et Traités internationaux qui gouvernent les drogues. Nous sommes aussi conscients des implications diplomatiques de cette approche, notamment avec nos voisins américains.

Nous ne voulons pas reproduire à la frontière canado-américaine les embrouilles qui ont marqué les relations néerlandaises, françaises, belges et allemandes au cours de la période 1985-1995 sur la question du narco-tourisme. C'est un des motifs qui justifie que la distribution du cannabis et ses dérivés aux fins récréatives soit restreinte aux résidents Canadiens.

Mais nous savons qu'en ce moment même une partie importante du cannabis produit au Canada est destinée à l'exportation et que le principal «client» est notre voisin du Sud. Nous savons aussi qu'une partie importante de l'héroïne et de la cocaïne arrivant au Canada transite par les États-Unis. Nous savons surtout que ce n'est pas le cannabis canadien qui explique la montée en puissance des niveaux de consommation aux États-Unis. Il appartient à chacun de nous de mettre de l'ordre dans sa propre maison avant de critiquer l'agencement des meubles chez l'autre.

Au plan international, le Canada devra soit se retirer temporairement des Conventions et traités soit accepter de leur être en contravention temporairement tout en demandant à la communauté internationale de les modifier. Nous optons pour la seconde approche, selon nous plus conforme à la tradition et à l'esprit de la politique étrangère canadienne. De surcroît, nous avons vu que les traités internationaux consacrent le déséquilibre des relations Nord-Sud en interdisant l'accès à des plantes,

dont le cannabis, originaires du Sud, tout en bénéficiant d'un régime de réglementation pour les médicaments produits par les industries pharmaceutiques du Nord. Le Canada pourrait inviter la communauté internationale à examiner à nouveau les traités et conventions sur les substances psychoactives en ayant ce déséquilibre à l'esprit.

Par ailleurs, le Canada peut et doit jouer un rôle de leader en matière de politiques sur les drogues. Le renforcement de l'infrastructure nationale de connaissance et d'action y contribuera certainement. **Le Canada doit notamment jouer un rôle de premier plan dans les Amériques**. Nous pensons que le Canada jouit d'une réputation internationale forte et qu'il peut contribuer à l'adoption de politiques plus équitables et plus rationnelles en matière de drogues et spécifiquement de cannabis. Nous pensons entre autres que le Canada devrait stimuler la mise sur pied, au sein de l'Organisation des États Américains, d'un observatoire des Amériques sur les drogues et les dépendances qui serait le pendant de l'Observatoire européen.

Recommandation 11

Le Comité recommande que le Gouvernement du Canada instruise le ministre des Affaires étrangères et du Commerce international d'informer les autorités compétentes des Nations Unies qu'il demande la modification des Conventions et Traités réglementant les drogues illicites relativement au cannabis ; et qu'il soutienne le développement d'un Observatoire des drogues et des dépendances pour les Amériques.

PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIVES

Modifications au
Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales
(Production et vente de cannabis aux fins thérapeutiques)

A. Personne admissible

Toute personne, qui a l'une ou l'autre des conditions physiques suivantes : cachexie, traitements de chimiothérapie, fibromyalgie et sclérose en plaque, douleurs chroniques causées par un accident ou une autre condition physique incluant les migraines et céphalées chroniques, épilepsie, dont l'état physique a été attesté par un médecin ou une personne dûment autorisée par l'association médicale compétente de la province ou du territoire, pourra exercer son libre choix de se procurer du cannabis et ses dérivés aux fins thérapeutiques. Elle devra être inscrite auprès d'un centre de distribution agréé ou de Santé Canada.

B. Licence de distribution

Tout résidant Canadien pourra obtenir une licence pour la distribution de cannabis et de ses dérivés aux fins thérapeutiques, s'il s'engage entre autres : à ne vendre que du cannabis aux fins thérapeutiques aux personnes admissibles ; à ne vendre que du cannabis et ses dérivés acheté auprès des producteurs dûment licenciés à cette fin ; à tenir des dossiers détaillés sur les conditions médicales et leur évolution, les consommations et les effets constatés sur les patients ; à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des produits du cannabis ; et à se soumettre aux inspections du ministère.

C. Licence de production

Tout résident Canadien pourra obtenir une licence pour la production de cannabis et de ses dérivés aux fins thérapeutiques s'il s'engage entre autre : à ne pas détenir une licence pour la production de cannabis non thérapeutique ; à prendre des mesures pour assurer la constance, la régularité et la qualité des récoltes ; à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des sites de production ; à connaître et documenter les propriétés et les concentrations en delta-9 THC de chaque récolte ; à ne vendre qu'aux centres de distribution agréés ; et à se soumettre aux inspections du ministère.

D. Autres propositions

- Assurer que les dépenses relatives à l'utilisation de cannabis aux fins thérapeutiques seront admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux ;
- Assurer la réalisation d'un programme de recherche sur les applications thérapeutiques du cannabis : en prévoyant un financement adéquat ; en mandatant le Centre canadien sur les drogues et les dépendances pour coordonner ce programme de recherches ; et en prévoyant une étude systématique de cas cliniques à partir de la documentation disponible dans les organismes qui font présentement la distribution du cannabis à des fins thérapeutiques et dans les futurs centres de distributions ;
- Assurer que le Comité consultatif sur l'utilisation thérapeutique du cannabis soit représentatif de tous les acteurs, incluant les centres de distribution et des usagers.

Modifications à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Production et vente de cannabis aux fins non thérapeutiques)

A. But généraux du projet de loi

- Réduire les conséquences dommageables de la criminalisation de l'usage et la possession du cannabis et ses dérivés ;
- Permettre aux personnes de plus de 16 ans de se procurer du cannabis et ses dérivés dans des centres de distribution dûment licenciés ;
- Reconnaître que le cannabis et ses dérivés sont des substances psychoactives qui peuvent entraîner des risques pour la santé physique et psychologique, et à cette fin réglementer l'usage et le commerce de ces substances afin de prévenir les usages à risques et les usages excessifs.

B. Licence de distribution

Amender la Loi pour créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS relatives à la distribution du cannabis. Tout résident Canadien pourra obtenir une licence de distribution du cannabis à condition de s'engager entre autres : **à ne pas distribuer à des personnes de moins de 16 ans ; à ne vendre du cannabis et ses dérivés qu'à des résidents Canadiens ; à n'avoir jamais fait l'objet d'une condamnation pour infraction aux lois criminelles à l'exception des infractions relatives à la possession de cannabis pour**

lesquelles il y aura amnistie ; et à se procurer du cannabis seulement auprès des producteurs dûment licenciés. De plus, en tenant compte des limites potentielles imposées par la Charte canadienne des droits et libertés, les distributeurs licenciés ne pourront afficher les produits du cannabis de manière explicite et ne feront aucune publicité, sous aucune forme.

C. Licence de production

Amender la Loi pour créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS relatives à la production du cannabis. Tout résident Canadien pourra obtenir une licence de production sous conditions entre autres : de ne vendre qu'aux distributeurs dûment licenciés ; de ne vendre que de la marijuana et du haschich n'excédant pas un contenu en THC supérieur à 13 % ; de limiter sa production à ce qui est spécifié dans la licence ; de prendre toutes les mesures pour assurer la sécurité des emplacements de production ; de tenir des registres détaillés des quantités produites et des récoltes, des niveaux de concentration en THC et des conditions de production ; et de se soumettre aux inspections du ministère. Aucune personne ayant fait l'objet de poursuites et de condamnations pour infractions relatives à toute substance illicite, à l'exclusion de la possession du cannabis pour laquelle il y aurait amnistie, ne pourra se voir accorder une licence. Aucune personne physique ou morale, directement ou indirectement associée à la production, fabrication, promotion, commercialisation, ou toute autre forme d'activités reliées aux produits et dérivés du tabac. Finalement, tenant compte des limites potentielles imposées par la Charte canadienne des droits et libertés, il ne sera fait aucune publicité, sous aucune forme, des produits de cannabis et de leurs dérivés.

D. Production aux fins personnelles

Amender la Loi afin de créer une exemption aux infractions criminelles prévues dans la LRDS pour permettre la production personnelle de cannabis tant qu'il n'y aura aucune vente contre rémunération ni échange de biens en nature ou autrement et aucune publicité ou autre forme de mise en valeur de la culture. De plus, il sera prévu des limites de quantité afin d'assurer qu'il s'agit réellement de consommation personnelle.

E. Consommation en public

La consommation dans les lieux publics fréquentés par des personnes de moins de 16 ans sera prohibée.

F. Commerce international

Toute forme de commerce international sauf celles explicitement autorisées par la Loi sera soumise aux peines déjà prévues à la LRDS pour trafic illégal.

G. Autres propositions

- Assurer l'établissement d'une Régie nationale paritaire du cannabis avec les représentants dûment mandatés du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Provinces et des Territoires. Cette Régie tiendra un registre national de la production et de la vente du cannabis et des produits dérivés, fixera le montant et la répartition des taxes prélevées sur la vente des produits du cannabis et verra à la redistribution exclusive de la totalité des taxes prélevées sur la production et la vente de cannabis et des produits dérivés aux actions de prévention des usages à risque, de traitement des usagers excessifs, de recherche et observation des tendances, et de lutte contre le trafic illégal.
- Les provinces et les territoires continueront à élaborer les mesures de prévention qui devraient viser prioritairement les usages à risque. Le Centre canadien sur les drogues et les dépendances devrait être mandaté à colliger les meilleures pratiques de prévention et s'assurer de l'échange d'informations sur les pratiques efficaces et l'évaluation.
- Les provinces et les territoires continueront à élaborer les mesures de soutien et de traitement qui devraient viser prioritairement les usages excessifs. Le Centre canadien sur les drogues et les dépendances devrait être mandaté à colliger les meilleures pratiques de traitement et s'assurer de l'échange d'informations sur les pratiques efficaces et leur évaluation.
- Assurer le renforcement des ressources policières et douanières pour lutter contre la contrebande, l'exportation sous toutes ses formes, et le trafic transfrontalier.